

## 2. N°

1 - Registro ANS		3 - Data da Análise		4 - Senha		5 - Data Validada da Senha		6 - Data de Emissão da Guia	
7 - Número da Carteira		8 - Plano		9 - Validade da Carteira					
10 - Nome <b>JOÃO JORDÃO VOLPATO</b>						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF						13 - Nome do Contratado		14 - Código CNES	
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>						16 - Conselho Profissional CRM		17 - Número no Conselho 23.538	
						18 - UF PR		19 - Código CBO	
20 - Código na Operadora / CNPJ						21 - Nome do Prestador			
22 - Caráter da Interação						23 - Tipo de Interação			
24 - Regime de Interação						25 - Qtd. Diárias Solicitadas			
26 - Indicação Clínica									
PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL, EVOLUINDO COM IMPOTÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente				29 - Indicação de Acidente			
30 - CID 10 Principal		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)		33 - CID 10 (4)			
Procedimentos Solicitados									
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtd. Solicit	
38 - Qtd. Aut									
OPM Solicitadas									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtd.		43 - Fabricante	
44 - Valor Unitário R\$									
Dados da Autorização									
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar		46 - Qtd. Diárias Autorizadas				47 - Tipo da Acomodação Autorizada			
48 - Código na Operadora / CNPJ						49 - Nome do Prestador Autorizado		50 - Código CNES	
51 - Observação									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia CRM / PR 23.538					53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização									