

Exames pré.

| | | | |
|---|---|-------------------------------|----------------------|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | | |
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | |
| 7 - Número da Carteira | | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento a RN |
| 10 - Nome <i>Daniel de Souza Andrade</i> | | 11 - Cartão Nacional de Saúde | |

| | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------|
| 12 - Código na Operadora | | 13 - Nome do Contratado | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante | 15 - Conselho Profissional | 16 - Número no Conselho | 17 - UF |
| | | | 18 - Código CBO |

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------|--|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ | | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado | | 21 - Data sugerida para internação | |
| 22 - Caráter do Atendimento | 23 - Tipo de Internação | 24 - Regime de Internação | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas | 26 - Previsão de uso de OPME | 27 - Previsão de uso de quimioterápico |

| |
|---|
| 28 - Indicação Clínica <i>Lesão by crônica de tornozelo 1 ano e lesão condral instável e de cara</i> |
|---|

| | | | | |
|--|--|----------------------------|----------------------------|---|
| 29 - CID 10 Principal (Opcional) <i>S02.9</i> | 30 - CID 10 (2) (Opcional) <i>M02.9</i> | 31 - CID 10 (3) (Opcional) | 32 - CID 10 (4) (Opcional) | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |
|--|--|----------------------------|----------------------------|---|

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
|-------------|--|--|-----------------|---------------|
| 01 | <i>30734053</i> | <i>União de tornozelo</i> | <i>01</i> | |
| 02 | <i>30734045</i> | <i>União de tornozelo</i> | <i>01</i> | |
| 03 | <i>30729220</i> | <i>TTO de cara</i> | <i>01</i> | |
| 04 | | <i>Correção comutação 6,5 stitches</i> | <i>01</i> | |
| 05 | | <i>Clipes de tornozelo</i> | <i>01</i> | |
| 06 | | <i>Fast lock</i> | <i>02</i> | |
| 07 | | <i>Mulo Serna</i> | <i>01</i> | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar | | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | 44 - Código CNES |
| 45 - Observação / Justificativa | | | |
| 46 - Data da Solicitação | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |