

99604-47 75

89609 368

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

____/____/____

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

____/____/____

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

____/____/____

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Rosângela Ap. Ben

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

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

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

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

- Lesão Muscular Ombro @
- Anomalia Acromioclavicular @
- SD. DE IMPACTO

29 - CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- ____	30735068	TUMORA DO MANGUARO	____	____
02- ____	30735084	Remoção da Clavícula lateral	____	____
03- ____	30735033	Acromioplastia	____	____
04- ____	____	____	____	____
05- ____	____	____	____	____
06- ____	____	3 Anom. Flexões	____	____
07- ____	____	2 shmer	____	____
08- ____	____	2 cmh	____	____
09- ____	____	1 melha surra	____	____
10- ____	____	1 mao flegem	____	____
11- ____	____	____	____	____
12- ____	____	____	____	____

Dados da Autorização

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

Dr. Bruno Bostio
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 32301 - TEO 15190
Av. Bandeirantes, 460
Tel.: 3379-2200