

*Urgência*

1 - Registro ANS <b>343269</b>	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 <i>005.000.000.37716</i>	8 - Validade da Carteira <i>7</i>
9 - Atendimento de RN	

50 - Nome Social
10 - Nome <i>João de Barreto Neto</i>

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Dr. Carlos A. S. Carneiro</i> <i>Médico</i> <i>CRM/PR-29716</i>	15 - Conselho Profissional <i>CRM</i>
16 - Número do Conselho <i>29716</i>	17 - UF <i>P.R.</i>
18 - Código CBO	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação	
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Hosp Evangélico</i>
21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento <i>Urgente</i>	23 - Tipo de Internação <i>amb</i>
24 - Regime de Internação <i>OL</i>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica <i>Ruptura do tendão do m. per. distal cobando esse</i>
---

29 - CID 10 Principal (opcional) <i>S46.2</i>	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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<i>31017360516</i>	<i>Reconstrução ligamento</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<i>31017191127</i>	<i>Trat. cirurgia tendão</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<i>31017311089</i>	<i>Tendão</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		<i>Togglolac</i>	<i>101</i>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		<i>Fios H.F.</i>	<i>1012</i>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização	
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas
41 - Tipo de Acomodação autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado
44 - Código CNES	

45 - Observação / Justificativa <i>material articular</i>
--

46 - Data da Solicitação <i>08/02/24</i>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Carlos A. S. Carneiro</i> <i>Médico</i> <i>CRM/PR-29716</i>	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---