



1 - Registro ANS

355151

3 - Data da Autorização

4 - Senha

5 - Data Validade da Senha

6 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

023 62 6007

8 - Plano

PROSAÚDE

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Edison Ferreira Bandeira

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

13 - Nome do Contratado

14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM/PR 17905

16 - Conselho Profissional

CRM

17 - Número no Conselho

17905

18 - UF

19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ

21 - Nome do Prestador

22 - Caráter da Internação

E - Eletiva U - Urgência/Emergência

23 - Tipo de Internação

1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação

1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Indicação Clínica

Dor + incapacidade funcional s/
melhor cl. de um

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença

A - Aguda C - Crônica

28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

A - Anos M - Meses D - Dias

29 - Indicação de Acidente

0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

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 - Qtde. Solicit

38 - Qtde. Aut

1-	3073 3065	Ving p/ neurol		
2-	3073 3049	Ving p/ osteocondylar		
3-		TX ving		
4-				
5-				

OPM Solicitados

39 - Tabela 40 - Código do OPM

41 - Descrição OPM

42 - Qtde.

43 - Fabricante

44 - Valor Unitário R\$

1-		Laminoplastia p/ nucl			
2-		Rachiotomia			
3-					
4-					
5-					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar

46 - Qtde. 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

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM/PR 17905

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização