

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 Antonio Maurício Rauce		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado _____		
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Carlos Motooka		15 - Conselho Profissional ____		
16 - Número no Conselho 21679		17 - UF PR		
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 Lesões tendões extensor biceps antebul				
29 - CID 10 Principal (Opcional) S66.3		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- _____	_____	_____	_____	_____
02- _____	30.13.11.19	furo plástica	01	_____
03- _____	30.12.22.68	40 dias bota cur	01	_____
04- _____	_____	_____	_____	_____
05- _____	_____	anuro flexível 1,0mm	01	_____
06- _____	_____	_____	_____	_____
07- _____	_____	el fio de alto remiteiro	_____	_____
08- _____	_____	_____	_____	_____
09- _____	_____	_____	_____	_____
10- _____	_____	fio de K 1,0mm	01	_____
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 _____ _____				
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Carlos Eduardo Motooka Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 21679		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____		