

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 0050000049097103	8 - Validade da Carteira 
9 - Atendimento a RN 	
10 - Nome Wesley Junior Rio Branco	11 - Cartão Nacional de Saúde 

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora 	13 - Nome do Contratado União
14 - Nome do Profissional Solicitante Josi Everaldo Pedrallo F.	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 <input checked="" type="checkbox"/>	23 - Tipo de Internação H
24 - Regime de Internação C	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01
26 - Previsão de uso de OPME 5	27 - Previsão de uso de quimioterápico 

28 - Indicação Clínica Fratura do metacarpo lateral (E) há 1 dia. Com pequeno desvio lateral.
---

29 - CID 10 Principal (Opcional) 582	30 - CID 10 (2) (Opcional) 593	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	3072812-6	Fratura do fêmur E		
02		1to. cir.	01	
03	3072814-2	Lesão ligamentar aguda		
04		1to. cir.	01	
05				
06		OPM - Placa 1/3 tubular de		
07		hcs. fragmentos	01	
08		Parafuso montado		
09		4.0	01	
10				
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 Josi Everaldo P. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 24237
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável X	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 