

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

ELSON LUIS BRANDÃO

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

DANILLO CAVALCANTE DE MOURA

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

24619

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

HOSP DECORAÇÃO

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

U

23 - Tipo de Internação

H

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

0

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Reparo maxila de maxila @

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M75.1

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	Leqno de maxila rotada	01	
02	30735033	Acromioplastia	01	
03	30735092	tenotomia do biceps	01	
04				
05				
06				
07	31876564	ARCOS MONTADAS	05	
08	00590045	LAMINA DE SHIVER	02	
09	002116700	RADIOFREQUENCIA	01	
10	30927540	CANULA	01	
11	00596222	glu flexível de sutura	01	
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

07-03-2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Danilo Cavalcante de Moura
CRM 24519
Ortopedia e Traumatologia

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização