

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

005 000 00 35 38 1 2 3 2

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

Marcos Oliveira da Silva

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Cesar Eduardo modino

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM 22343

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

lesão ligamentar de Tornillo Crânio
com fratura Vaso

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M719

30 - CID 10 (2) (Opcional)

S939

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	3073 4053	Video Torçao B Ligamento	01	
02	3073 4095	Video TT tipo Ombro	01	
03	3072 9220	OTTA de Torçao	01	
04		Shaper Ombro	01	
05		Shaper Ombro	01	
06		Shaper Ombro	01	
07		Shaper Ombro	01	
08		Shaper Ombro	01	
09		Shaper Ombro	01	
10		Shaper Ombro	01	
11		Shaper Ombro	01	
12		Shaper Ombro	01	
		Propriedade 7	02	

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

Cesar Eduardo C. F. Martins

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

CRM/PR 22343

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização