



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

016 72 9038

8 - Plano

PROSAÚDE

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Edith Lps Barbosa

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

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

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

Membro pelvico

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

M10

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-	30726039	miembro pelvico	01	
2-				
3-				
4-				
5-				

OPM Solicitados

39 - Tabela 40 - Código do OPM

41 - Descrição OPM

42 - Qtde.

43 - Fabricante

44 - Valor Unitário R\$

1-		cat protor total	01	Permons	
2-		Importado		Zimmer	
3-		Cimento	02		
4-		Imagem plástica	01		
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. Marcus V. Danielli

Ortopedia e Cirurgia do Joelho

CRM/PR 18.734

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Edith

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização