

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

0005 0000 545 90208

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Sonia M. Silva de Almeida

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Edna Motoka

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

26019

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

U

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

Fratura de rede dental (P)

29 - CID 10 (Principal) (Opcional)

S52.3

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	30720095	to frax antihier	01	
02		plexo bloqueado volar	01	
03		to humo versalock		
04				
05				
06		plexo humo to humo corthel	07	
07				
08		plexo humo to humo bloqueado	08	
09				
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

Edna Motoka  
Cirurgiã de Mão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 21879

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização