

1 - Registro ANS

3,432,69

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

005.000.000 208 668.1

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

10 - Nome

IRENE SILEZI

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código

Dados do Hospital Local Solicitante / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para Internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

03

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quim

28 - Indicação Clínica

Glaucoma @ - Indicação Atropina  
Total de olhos

29 - CID 10 Principal (Opcional)

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 Item Assistencial Solicitados

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde A

01 -

02 -

03 -

04 -

05 -

06 -

07 -

08 -

09 -

10 -

11 -

12 -

6000 1038

Diagnóstico HT

Atropina total de olhos  
Cinco atropina

Dados do Autorizador

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 CNE

45 - Assinatura / Justificativa

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pe