

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		6 - Data de Validade da Senha	
4 - Data da Autorização		5 - Senha			
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira 9865 000 21 62 56 909 5		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN	
50 - Nome Social WALTER SUSUMU NOGAMI					
10 - Nome					
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA		13 - Nome do Contratado CRM		19475 PR	
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho	
				17 - UF	
				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 fratura cotovelo		23 - Tipo de Internação esq (olecerano)		24 - Regime de Internação + ombro esq (umero proximal)	
25 - Qtde. Diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioter	
28 - Indicação Cirúrgica NECESSITANDO TRATAMENTO CIRURGICO					
a 1 d					
M77.1					
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 Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento Assistencial		37 - Qtde Solic	
		30719100 Fratura e/ou luxações - tratamento cirúrgico		38 - Qtde Aut	
		30717108 FRATURA UMEROS PROXIMAL - TRATAMENTO CIRURGICO		1	
01-					
02-					
03-					
04-					
05-		placa BLOQUEADA umero proximal esq + parafusos		1	
06-		fios de kirshner 2,0		2	
07-		fio de cerclagem 1,5		1	
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		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela A	