

1 - Registro ANS
343269

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

8 - Validade da Carteira

9-Atendimento a RN

10 - Nome Social
Wilson Sines

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante
Dr. Bruno Bosio
Ortopedia/Traumatologia
CRM 32301-TEOT 15190

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
União

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 quimioteráp

28 - Indicação Clínica
Fratura de colunela
de nível de lumbos

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 ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01- 30101565 Exames funtor.

02- TX de Volvo

03-

04-

05-

06-

07-

08- 02 frs fix-Fr de alta

09- ressurcencia

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
Dr. Bruno Bosio
Ortopedia/Traumatologia
CRM 32301-TEOT 15190

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização