

TEPEREZINHA

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

005 000 000 222 6254

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

ANA MARIA STUBON

10 - Nome

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 CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

UNIPOMTE

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

0

24 - Regime de Internação

4

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

PO PROTESE UNI MEDIAL D
CI E VOLUÇÃO DE AMPLOSE
LATERAL e ANTERIOR. INDICADA
REVISÃO

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)

SI TOTAL
CI HASTE

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
|-------------|--|-------------------|-----------------|---------------|
| 01 | | PROTESE TOTAL | | TIBIA |
| 02 | | JOELHO | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | 1 KIT PROTESE | | |
| 06 | | TOTAL JOELHO | | |
| 07 | | CI HASTE SI TIBIA | | |
| 08 | | | | |
| 09 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | 1 Pacote Curativo | | |

NEXIGEN na
PERSONA
obterido

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

Dr. João Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização