

02110

7466794

Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

1 - Nome

San drea monica Lopes

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

2 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

1 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

1 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

2 - 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 quimioterápico

8 - Indicação Clínica

artrose de tornozelo L I Sano
c/ fratura do Pto

9 - 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

1 - 30228053

Artroplastia de Tornozelo (E)

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

0 -

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

0 -

1 -

2 -

Dados da Autorização

19 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

12 - 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 Autorização