

1 - Registro ANS

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

Sergio I. B. W. Berti

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

HCU

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 quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Heelux Selja Bilohuel
Du: HV + metotrexato + prednisona + dextro + dextro + dextro
Ex - sertr.

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 -	<i>30728191</i>	<i>Heelux Selja 2x</i>	_____	_____
02 -	<i>30729203</i>	<i>Artroscopia do joelho / Kelsey 5x</i>	_____	_____
03 -	<i>30731119</i>	<i>Terapias 2x</i>	_____	_____
04 -			_____	_____
05 -			_____	_____
06 -		<i>1 Anest. Mid ge</i>	_____	_____
07 -		<i>2 Bloq. Shannon</i>	_____	_____
08 -		<i>4 Rinsuf. ebr. fardes</i>	_____	_____
09 -		<i>2 Fio de Kirsch</i>	_____	_____
10 -			_____	_____
11 -			_____	_____
12 -			_____	_____

Dr. Rafael Beletato
Ortopedia e Traumatologia
Especialidade - Pé e Tornozelo
CAM/PR 28806 / TEST 14425

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 Autorização
