

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5-Senha

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

**ALAN JOHN DE FIGUEIREDO**

11 - Cartão Nacional de Saúde

**Dr. Joao Paulo F. Guerreiro**  
Ortopedia e Traumatologia

CRM/PR 28617

Dados do Beneficiário

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cargo

**PRE OPERATORIO**

**CID - M23.9**

CRM/PR 28617

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

23 - Indicação Clínica

**Hemograma completo**

**Coagulograma**

**Creatinina**

**Hemoglobina glicada**

27 - Qtda. Solic. 28 - Qtda. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data 37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento 41-Descrição 42 - Qtda. 43-Via 44-Tec. 45- Fator Red./Acresc. 46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Seg. Ref. 49-Gran. Part. 50-Código na Operadora/CPF

51-Nome do Profissional

52-Conselho Profissional

53-Número no Conselho

54-UF 55-Código CBO

56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado