

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 00000 5 777 3370

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Cristiano dos Santos

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Hospital Evangélico de Londrina

14 - Nome do Profissional Solicitante

Marcus Vinícius

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

Unimed

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

04

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

lesão les/nervoso / condal felle na
lesão condal felle / otocorde em

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	3013 3013	reconstrução les	01	___
02	3013 3057	neurite optica	01	___
03	3013 3030	condroplastia	01	___
04	3013 3019	manuseio periferico	01	___
05	3013 3049	otocorde	01	___
06	3013 3016	lesão nervosa	01	___
07	3013 3016	transplante de córnea (B.K.T)	02	___
08	3013 3016	lesão nervosa	02	___
09	3013 3016	lesão nervosa	01	___
10	3013 3016	lesão nervosa	04	___
11	3013 3016	lesão nervosa	___	___
12	3013 3016	lesão nervosa	___	___

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

Ortopedia e Cirurgia do Joelho

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Cristiano dos Santos

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
