

|                                   |                         |           |                               |                             |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>326755</b> | 3 - Data da Autorização | 4 - Senha | 5 - Data de validade da Senha | 6 - Data de Emissão da Guia |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|

**Dados do Beneficiário / Paciente**

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 7 - Número da Carteira                  | 8 - Plano                               | 9 - Validade da Carteira |
| 10 - Nome completo<br>INGRIS M.S. YOSHI | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |                          |

### Dados do Contratado Solicitante

|                                       |                            |                         |         |                  |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|------------------|
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 13 - Nome do Contratado    |                         |         | 14 - Código CNES |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO  |

## Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

|                                       |                        |
|---------------------------------------|------------------------|
| 20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 21 - Nome do Prestador |
|                                       | HOSPITAL EVANGELICO    |

|  |  |
|--|--|
| 22 - Caráter da Internação<br><input checked="" type="radio"/> E - Eletiva <input type="radio"/> U - Urgência/Emergência | 23 - Tipo de internação<br><input checked="" type="radio"/> 1 - Clínica    2 - Cirúrgica    3 - Obstétrica    4 - Pediátrica    5 - Psiquiátrica |
|--|--|

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 24 - Regime de Internação<br>1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br>04 |
|---|--------------------------------------|

26 - Indicação Clínica

### Hipótese Diagnóstica

|   |  |   |
|---|--|---|
| 27 - Tipo de Doença   | 28 - Tempo de Doença   | 29 - Indicação de Acidente  |
| <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica | <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias | <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho    1 - Trânsito    2 - Outros |

|                              |              |              |              |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 30 - CID Principal<br>M23.9. | 31 - CID (2) | 32 - CID (3) | 33 - CID (4) |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|

### Procedimientos Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição        | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------|
| 1- _____    | 30733073                    | LCA                   | _____             | _____           |
| 2- _____    | 30731216                    | EMENDAS TERCIA        | _____             | _____           |
| 3- _____    | 30733103                    | PERCESSO USUFR. PATEN | _____             | _____           |
| 4- _____    | _____                       | _____                 | _____             | _____           |
| 5- _____    | _____                       | ITAXA V. DEC          | _____             | _____           |

OPM Solicitados

| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM        | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor unitário |
|-------------|--------------------|---------------------------|------------|-----------------|---------------------|
| 1-          |                    | 1, LAMA SHAVEN            |            |                 |                     |
| 2-          |                    | <del>1, LAMA SHAVEN</del> |            |                 |                     |
| 3-          |                    | 1, PASTILHA VIBREXENAS    |            |                 |                     |
| 4-          |                    | 1, PASTA ENDOTON          |            |                 |                     |
| 5-          |                    |                           |            |                 |                     |

### Dados da Autorização

|   |                                |                                    |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 45 - Data Provável de Admissão Hospitalar | 46 - Qtde. Diárias Autorizadas | 47 - Tipo de acomodação autorizada |
|---|--------------------------------|------------------------------------|

|                                       |                                   |                 |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| 48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 49 - Nome do Prestador Autorizado | 50 - Código CNE |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|

51 - Observações

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante:                      /            /            