

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

00050000004034050

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

N

10 - Nome

Arnaldo C. Furtado

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Ucr

14 - Nome do Profissional Solicitante

Rosane Bencio

15 - Conselho Profissional

Crim

16 - Número no Conselho

20026

17 - UF

PR

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

Ucr

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

C

23 - Tipo de Internação

IA

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Helmis Telya + Lesão Ligamentar 3º dente c/
Metabonol

Pr. cirurgia

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M01

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente de trabalho ou não)

DR. RUI BELETATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 22.000 - TEO 1.111

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	30734053	Reconstrução ligamentar	01	
02	30734029	Sinovectomia parcial	01	
03	30729181	Helmis Telya	01	
04	30729203	Artroscopia Metabonol	04	
05	30731118	Templas de	01	
06	30731208	tenotomia	01	
07				
08		1 Buro de	01	
09		1 Buro de	01	
10		2 Buro de	02	
11		3 Buro de	03	
12		Micromane	01	

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