

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

0005 0000032045542

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

José Pedro Alves de Sousa Batista

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Adriane Pazini

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM 14166

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

HEL

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

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

Pete e forte paralisia espástica e luxação quadril di-  
subluxação quadril esq

29 - CID 10 Principal (Opcional)

G82.9

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-	3072419-8	Redução quadril D	1	
02-	3072423-6	Osteotomia quadril esq	1	
03-	3073120-8	Tenotomia semi tendinoso	06	
04-		gracil e semi membranosos		
05-		bilateral		
06-				
07-				
08-		Placa angulada canulada +		
09-		parafuso (bilateral)		
10-				
11-		Reserva UTI		
12-		Reserva sangue		

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

Evangelico

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

18/12/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Adriane Pazini CRM 14166

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

João Batista

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização