

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

0050000005152243

8 - Validade da Carteira

13/04/2023

9 - Atendimento a RN

IN

50 - Nome Social

MAICON RODRIGO DA SILVA

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

13 - Nome do Contratado

CRM

19475 PR

14 - Nome do Profissional Solicitante

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

UNIBRTE

21 - Data sugerida para internação

22 - Caracter do Atendimento

fratura do olecrano d

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

NECESSITANDO TRATAMENTO CIRURGICO E
NEUROLISE NERVO ULNAR D

a

2 d

M77.1

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 - Data

37 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01-		3.07.19.10-0	Fraturas e/ou luxações - tratamento cirúrgico		
02-		3.07.19.10-0	Artrotomia de cotovelo - tratamento cirúrgico		
03-		3.14.03.28-0	Neurólise das síndromes compressiva		
04-					
05-			placa/parafusos de pequenos fragmentos bloqueada		
06-			para olecrano		1
07-			fios de kirschner		2
08-			fio de cerclagem		1
09-					
10-					
11-					
12-					

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

Dr. Daniel F. F. Vieira

Ortopedia e Traumatologia

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

46 - Data da Solicitação