

1 - Registro ANS 343269	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 00050000003.958630	8 - Validade da Carteira ____/____/____
9 - Atendimento a RN ____	
10 - Nome Yacirido A F Gomes	11 - Cartão Nacional de Saúde ____

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado HEL
14 - Nome do Profissional Solicitante Rafael Bileto	15 - Conselho Profissional ____
16 - Número no Conselho 28806	17 - UF ____
18 - Código CBO _____	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação	
19 - Código na Operadora / CNPJ _____	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Brasil
21 - Data sugerida para internação ____/____/____	
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação ____
24 - Regime de Internação ____	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01
26 - Previsão de uso de OPME ____	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____

28 - Indicação Clínica Helix Telo Bileto + inalação + Sonda + sonda para 2 dias. Bileto

29 - CID 10 Principal (Opcional) A12.0	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- _____	3072.1.81	Helix Telo	02	____
02- _____	3072.1.03	inalação nebulizada	10	____
03- _____	3073.1.27	sonda	02	____
04- _____	_____	_____	____	____
05- _____	_____	injeção de analgésico	____	____
06- _____	_____	Boneco Branco	____	____
07- _____	_____	Boneco Wedge	____	____
08- _____	_____	_____	____	____
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 _____ _____ _____			
------------------------------------------------------------	--	--	--

46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante ____	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável X	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização ____
--------------------------------------------	-----------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------