

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

000.5.00000.3.2042.908

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Mauisa Nateline .n Gerolin

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

John Motoko

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

21679

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

Unimed

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápicos

28 - Indicação Clínica

Dedo anelar, feto de pluge
Lesões tendões extensor

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S62G

30 - CID 10 (2) (Opcional)

S663

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- []	30.7.2.24.11	Hb fracture	01	[]
02- []				
03- []	30.7.3.11.19	trauma plume	01	[]
04- []				
05- []				
06- []				
07- []		Arco flexível 1,0mm	04	[]
08- []				
09- []				
10- []		Jo de K 1,0mm	03	[]
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

Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 21679

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização