

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

343269

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

0970000126231030

N

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Eduardo Avelino

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

UNORTE

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Cesar Martins

CRM

22343

314

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

UNORTE

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 quimioterápico

C

K

NA

01

E

28 - Indicação Clínica

Tendinite T calcâneo CI Haglund
e lesão by crônicas Tarso

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)

S92.4

M65.4

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde. Aut

38 - Qtde Aut

01-30234053

02-30231119

03-

04-

05-

06-

07-

08-

09-

10-

11-

12-

União Tarso

Tendinite

Shoos late males

Brace Neop

02

02

01

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