

1 - Registro ANS 31.292-4		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 _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN _____				
10 - Nome Edson Roberto Buzant		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado União		
14 - Nome do Profissional Solicitante Jose Everaldo Pedrollo		15 - Conselho Profissional _____		
16 - Número no Conselho CRM P. 23237		17 - UF _____		
18 - Código CBO _____				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado _____		
21 - Data sugerida para internação ____/____/____				
22 - Caráter do Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> U	23 - Tipo de Internação It	24 - Regime de Internação C	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	
26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico _____			
28 - Indicação Clínica Fratura - braço do tornozelo @ com lesão ligamentar associada.				
29 - CID 10 Principal S82.2	30 - CID 10 (2) S93	31 - CID 10 (3) _____	32 - CID 10 (4) _____	
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- _____	3072812-6	Fratura - braço do tornozelo - Tt cin.	01	_____
02- _____	3072814-2	Lesão lig. Ancla - Tt cin.	01	_____
03- _____	_____	_____	_____	_____
04- _____	_____	_____	_____	_____
05- _____	_____	OPM - Placa bloqueada de	_____	_____
06- _____	_____	fíbula distal	01	_____
07- _____	_____	Tight	01	_____
08- _____	_____	Arco da montado 40	02	_____
09- _____	_____	_____	_____	_____
10- _____	_____	_____	_____	_____
11- _____	_____	_____	_____	_____
12- _____	_____	_____	_____	_____
Dados da Internação				
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 Jose Everaldo Pedrollo		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____		