

234809

1 - Registro ANS
2 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
3 - Data da Autorização
5 - Senha
6 - Data da Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira
8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN
10 - Nome
11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora
13 - Nome do Contratado
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
21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento
23 - Tipo de Internação
24 - Registro de Internação
25 - Qtde Diárias Soliditadas
26 - Previsão de uso de OPME
27 - Previsão de uso de sufmoterápico

28 - Indicação Clínica

NEOPLASIA DE APÊNDICE COM INVASÃO DA DEXTERA URINÁRIA.

INDICADO COLECTOMIA PANUAL + LINFADENECTOMIA + ENTEROANASTOMOSE VU + CISTECTOMIA PANUAL + CISTOMIA

Dr. José Tarcísio Dias
Cir. Digestiva e Bariátrica
CRM 17231

29 - CID 10 Principal
30 - CID 10 (2)
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	31.00.36.21	COLECTOMIA PANUAL SI COLORECTOMIA POR VIDEO		
02	30.91.41.59	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL POR VIDEO		
03	31.00.36.80	ENTERO-ANASTOMOSE POR VIDEO		
04	31.10.35.29	CISTECTOMIA PANUAL LAPAROSCOPICA		
05	31.10.31.62	CISTOMIA		
06		OPME		
07		BORAS INTRACAVITARIAS / MANGA PERITONEAL / SONDAS		
08		INOCULO DE TUMOR 12mm. OZ.		
09		LIGADURA MANTO LADO		
10		HEADLOCK M / CURE 300 - 1.40mm		
11		GRAPHEON LAPAROSCOPICO METALICO		
12		CATIGA PI 6 GRAPHEON 45mm m. OIU		

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar
40 - Tipo da Autorização
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 Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização