

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

0005 000 00 50 14 85 19

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

Leopoldo Regina de Rezende

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Car. Eduardo C. F. Martins  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 22343

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM 22343

17 - UF

PR

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 quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Doença de Halux Valgo Bilateral e limitação com  
4 gms Bilateral e metatarsos 2/3/4

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M70.5

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 9181	T+O de Halux Valgo	01	
02	3072 9203	Osteotomia metatarsos	06	
03	3073 1216	Tratamento de tendões	02	
04		Profilaxia de feridas	04	
05		Profilaxia de úlceras	02	
06		Profilaxia de trombose	01	
07				
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

Car. Eduardo C. F. Martins  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 22343

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização