

*Exornus*

*Monica mis*

*05/03*

1 - Registro ANS

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

*Edine Nair de Santa Robsoni*

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 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

*Hálex Colga Bilateral e  
metatarsos 2/3/4 e 5 Bilateral e garras  
e dos dedos*

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)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- <i>3072 2181</i>		<i>TTO de Hálex Colga</i>	<i>02</i>	
02- <i>3072 9203</i>		<i>osteotomia de metatarsos</i>	<i>02</i>	
03- <i>3073 1216</i>		<i>amputação de dedos</i>	<i>02</i>	
04- <i>3073 1216</i>		<i>Broca Signon</i>	<i>01</i>	
05- <i>3073 1216</i>		<i>Broca Weg</i>	<i>01</i>	
06- <i>3073 1216</i>		<i>Parafuso Chamfrado</i>	<i>04</i>	
07- <i>3073 1216</i>		<i>Pre de Kirschner</i>	<i>02</i>	
08- <i>3073 1216</i>				
09- <i>3073 1216</i>				
10- <i>3073 1216</i>				
11- <i>3073 1216</i>				
12- <i>3073 1216</i>				

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