

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

9 7 5 9 0 0 5 0 0 5 2 5 0 0 0 8

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Valmir Rosa

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

Osalm Motooka

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

2 6 1 9

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

21 - Data sugerida para internação

___/___/___

22 - Caráter do Atendimento

U

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

0 1

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Fratura fêmur + luxação metacarpo
falange polgar + Lesão ligamento

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S634

30 - CID 10 (2) (Opcional)

S626

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 2489	Ligamto pto	01	___
02- ___	3072 2414	H jo fémur	01	___
03- ___	3072 2414	H jo fémur	01	___
04- ___	3072 2414	H jo fémur	01	___
05- ___	3072 2414	H jo fémur	01	___
06- ___	___	___	___	___
07- ___	___	Arco flexível 1,5mm	03	___
08- ___	___	o fio de alta resistência	___	___
09- ___	___	___	___	___
10- ___	___	___	___	___
11- ___	___	fio de K	04	___
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

Carlos Eduardo Motooka
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 21679

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
