

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

0 0 0 5 0 0 0 0 3 1 9 1 6 3 0 1

8 - Validade da Carteira

20 / 09 / 2023

9 - Atendimento a RN

N

10 - Nome

Alessandro Antonio Rodrigues

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

José Everaldo Pedrallo

15 - Conselho Profissional

CRM

16 - Número no Conselho

CRM 23237 P.3

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

E

23 - Tipo de Internação

H

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

5

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Hala valgo suero a esquerda

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M20.7

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-	307291011	Hala valgo - Tte cirurgia	01	
02-	30729223	Osteotomia de base de		
03-		1º MTT e colo de MTT		
04-		2 e 3	03	
05-	30731127	Tenoplastia de abdômen		
06-		do Hala	01	
07-		OPM - Professo Anthony	04	
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

Dr. José Everaldo P. Filho
Ortopedista
CRM-PR 23237

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização