

1 - Registro ANS 343269		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 00050000005540162		8 - Validade da Carteira 		9 - Atendimento a RN 	
50 - Nome Social Ana Clara Ponce Storti					
10 - Nome Ana Clara Storti					

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 Unimonte		21 - Data sugerida para internação 	
22 - Caráter do Atendimento U		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 Lesão da Síndroma + ligamento lateral					

DR. RAFAEL BELETATO
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 ESPECIALIDADE - PE E TORNZELO
 CRM/PR 28.806 - TECT 14425

29 - CID 10 Principal (Opcional) M24.2		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	20734058	Recurso físico deprimido tornozelo	03	
02	20734061	Recurso fis. deprimido Ant.		
03				
04				
05				
06				
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 		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Ana Clara Storti		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	
------------------------------	--	---	--	---	--	---	--