

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

0975 9005.005370020

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

Juliana murcia Souza Ikoma

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Cesar Augusto L. G. Martins
CRM-PR 22.343 TEOT 8545
ORTOPEDIA15 - 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

Unimed

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

04

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Halux Valgo grave bilateral
e guias para D e molesas

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-	30727184	TP Halux Valgo	02	
02-	30729203	Osteotomia metatarsal	02	
03-	30731219	Transposições de tendões	02	
04-		uso tórax		
05-		3 meses de uso	15	02
06-		3 meses de uso		
07-		3 meses de uso		
08-		pacifera gntre	02	
09-		pacifera Champado	04	
10-		uso tórax	02	
11-		uso tórax	06	
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

ORTOPEDIA

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização