

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 000 00141 13034

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Lourdes de Souza

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

cesar Eduardo C.F. Martins

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

União

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

Deformidade severa nos pés com luxação de MTF 23 e dos 21345 e 14 Valp E

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-___	3072 0181	TT Alente Valp	01	___
02-___	3072 0203	Osteotomia metatarsos	06	___
03-___	3072 0203	Transectomia metatarsos	02	___
04-___	3072 0216	Proca transect	01	___
05-___	3072 0216	Proca transect	01	___
06-___	3072 0216	Proca transect	01	___
07-___	3072 0216	Proca transect	01	___
08-___	3072 0216	Proca transect	01	___
09-___	3072 0216	Proca transect	01	___
10-___	3072 0216	Proca transect	01	___
11-___	3072 0216	Proca transect	01	___
12-___	3072 0216	Proca transect	01	___

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

Cesar Eduardo C.F. Martins
Ortopedia e Traumatologia
CRM 22.343

João Antonio