

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

0005 000 00459 00 908 2

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Patricia Evangelista Rocha Santos

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Instituto

14 - Nome do Profissional Solicitante

Jose Everaldo Peçolho F

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM PR 23237

17 - UF

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

E

23 - Tipo de Internação

HD

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

Do tumor de deformidade de 3º PDD, com necrose.  
Do local e cavidade interdigital

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M20

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	3072910-6	Deformidade de 3º PDD-Tt		
02			01	
03	3073112-7	Tenoplastia de extensor do		
04		4º PDD	01	
05	3010745-0	Cabridade - Ressaca e		
06		rotacão de retalho local	01	
07				
08				
09		OPM - Fio Kirschner 1-0	02	
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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização