

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	6 - Data de Validade da Senha
4 - Data da Autorização	5 - Senha	
<b>Dados do Beneficiário</b>		
7 - Número da Carteira 09759005005152006	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN N
10 - Nome VITOR HUGO SOARES MACHADO		11 - Cartão Nacional de Saúde
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>		
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO	15 - Conselho Profissional 6
14 - Nome do Profissional Solicitante VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO	16 - Número no Conselho 32298	17 - UF Pr
		18 - Código CBO 225270
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados de Internação</b>		
19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA	21 - Data sugerida para internação 09/02/2023
22 - Caráter do atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 1
25 - Qrde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico S
28 - Indicação Clínica Segundo dedo do pé esquerdo em garra por lesão da placa plantar. PLANO: DMMO do segundo metatarsal esquerdo MATERIAL: 1 fresa shanon		
29 - CID 10 Principal M774	30 - CID 10 (2) 0	31 - CID 10 (3) 0
32 - CID 10 (4) 0	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
<b>Procedimentos Solicitados</b>		
34 - Tabela 22	35 - Código do Procedimento 30729203	36 - Descrição Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/f
37 - Qrde. Solic 1	38 - Qrde. Aut 1	
1 -		
2 -		
3 -		
4 -		
5 -		
6 -		
7 -		
8 -		
9 -		
10 -		
11 -		
12 -		
<b>Dados de Autorização</b>		
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qrde. Diárias Autorizadas 0	41 - Tipo da Acomodação Autorizada 0
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 0	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES 9999999
45 - Observação / Justificativa  <b>Dr. Vinicius Ribeiro Menegazzo</b> <b>Ortopedia e Traumatologia</b> <b>CRM-PR 32298</b>		
46 - Data de Solicitação 21/12/2022	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização