



1 - Registro ANS

|3|5|5|1|5|1|

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

|2|3|7|3|0|5|2| | | | | | | | | | | |

4 - Data da Autorização

|0|4|/|0|7|/|2|0|2|3|

5 - Senha

|2|0|2|3|2|7|8|4|7|7| | | | | | | | | | |

6 - Data de Validade da Senha

|1|8|/|0|8|/|2|0|2|3|

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

|8|0|1|1|0|3|0|0|3| | | | | | | | | | |

8 - Validade da Carteira

| | | | | | | | | | |

9 - Atendimento a RN

|N|

10 - Nome

FRANK WILLIAN ARTONI

11 - Cartão Nacional de Saúde

|7|0|5|4|0|4|4|7|5|1|2|9|7|9|8|

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

|4|1|0|5|8| | | | | | | | | | |

13 - Nome do Contratado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

14 - Nome do Profissional Solicitante

Cesar Eduardo Castro Ferreira Martins

15 - Conselho Profissional

|0|6|

16 - Número no Conselho

|2|2|3|4|3| | | | | | | | | | |

17 - UF

|P|R|

18 - Código CBO

|2|2|5|2|7|0|

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

|4|1|0|5|8| | | | | | | | | | |

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

21 - Data sugerida para internação

|2|6|/|0|7|/|2|0|2|3|

22 - Caráter do Atendimento

|1|

23 - Tipo de Internação

|2|

24 - Regime de Internação

|2|

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

|1| | |

26 - Previsão de uso de OPME

|S|

27 - Previsão de uso de quimioterápico

|N|

28 - Indicação Clínica

LESAO LIGAMENTAR DE TORNOZELO INSTAVEL, CRONICA COM IMPACTO ANTERO LATERAL. TORNOZELO DIREITO

29 - CID 10 Principal (Opcional)

|S|9|3|4|

30 - CID 10 (2) (Opcional)

| | | | |

31 - CID 10 (3) (Opcional)

| | | | |

32 - CID 10 (4) (Opcional)

| | | | |

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

|9|

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
2 - 2 2	3 0 7 3 4 0 5 3	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento - procedimento videopartoscópico de tornozelo	1	1
3 - 1 8	6 0 0 0 0 1 5 5	DIÁRIA COMPACTA DE HOSPITAL DIA APARTAMENTO	1	1
4 - 1 9	7 8 4 1 0 5 9 2	LÂMINA PARA SHAVER SETORMED	1	1
5 - 0 0	7 4 6 6 0 0 1 2	SISTEMA ANCORA PEEK 5 SINFIX	2	2
6 - 1 9	7 8 4 2 6 6 4 2	Aguilha Flexível para Suturas Vetech	1	1
1 - 2 2	3 0 7 3 1 1 2 7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	1	1
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

| | | | |

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

|1| | |

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

|1|3|

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

|4|1|0|5|8| | | | | | | | | | |

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

44 - Código CNES

|6|5|2|8|1|0|4|

45 - Observação / Justificativa

30731127 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,30734053 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,60000155 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,74660012 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,78410592 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,78426642 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.

46 - Data da Solicitação

|0|4|/|0|7|/|2|0|2|3|

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
