

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

0147 000 0000125201

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

Clarissa Rodrigues Corrêas

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM 223213

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

Haltero Valgo Bilateral  
e metatarsos 2/3/4/5 Bilateral  
e garras

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-	307.29.181	TTO de Halter Valgo Bilateral	02	
02-	307.29.203	Ortestoma de Metatarsos	08	
03-				
04-				
05-	307.31.216	Transposição de Tendoes	02	
06-				
07-		Brace Shaper	01	
08-				
09-		Perfuro Clavado	04	
10-		pe Kirschner	02	
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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização