

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____	6 - Data de Validade da Senha ____/____/____
4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha _____	

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0005 000 00317 549 13	8 - Validade da Carteira ____/____/____
9 - Atendimento a RN _____	
50 - Nome Social _____	

10 - Nome João Marlene Castilho

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado Unimed
14 - Nome do Profissional Solicitante José Everaldo Pedrallo F.	15 - Conselho Profissional _____
16 - Número no Conselho CRM OR 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 Unimed
21 - Data sugerida para internação ____/____/____	
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação H
24 - Regime de Internação C	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01
26 - Previsão de uso de OPME 3	27 - Previsão de uso de quimioterápico _____

28 - Indicação Clínica Hátra valgo, severo bilateral, com deformidade com gono de 2= metatarsalgia de transferência	
29 - CID 10 Principal (Opcional) M20.1	30 - CID 10 (2) (Opcional) M20.4
31 - CID 10 (3) (Opcional) M25	32 - CID 10 (4) (Opcional) _____
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____	

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01- _____	30729.182	Hátra valgo - Tto. ginec.	02	_____
02- _____	30731.208	Tong. termig. pto. adutor do Hátra	02	_____
03- _____	30729.206	Deformidade de dedos (2=)	02	_____
04- _____	30729.203	Osteotomia pto. Metatarsos.	06	_____
05- _____		2, 3 e 4		_____
06- _____				_____
07- _____		OPM - Prof. Anthonys	02	_____
08- _____		Fisio de Hirschman 1.5	06	_____
09- _____				_____
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 José Everaldo Pedrallo F. Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 23237
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____