

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

0 117 000 000 150 321 0

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Valfredo Silva de Oliveira

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unioeste

14 - Nome do Profissional Solicitante

Cesar Eduardo C. F. Martins  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 22.343

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

22 343

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

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterapia

28 - Indicação Clínica

Dor no Halux (dedo) Bilateral  
e artrose do 1º

29 - CID 10 (1) (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 -

3072918-1

TTD Halux 1º

02

02 -

3073121-6

Tenotomia digital

02

03 -

3072920-3

Osteotomia digital

02

04 -

3072920-3

Grupos de exercícios

04

05 -

3072920-3

Grupos de exercícios

02

06 -

3072920-3

Grupos de exercícios

02

07 -

3072920-3

Grupos de exercícios

02

08 -

3072920-3

Grupos de exercícios

02

09 -

3072920-3

Grupos de exercícios

02

10 -

3072920-3

Grupos de exercícios

02

11 -

3072920-3

Grupos de exercícios

02

12 -

3072920-3

Grupos de exercícios

02

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