

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

0005 000 00 62250577

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Dilma Bezerra Cardoso

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Uniafe

14 - Nome do Profissional Solicitante

José Evandro Pedrollo Fe

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CIRM RJ 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

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

It

24 - Regime de Internação

E

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

3

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Hala velge severa a esquerda com metatarso 2 e 3 de transferência para 2 e 3 e deformidade em garra de 2 e 3.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M20.4

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M70.1

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	Hala velge - Tte cir.	01	
02	3072910-6	Deformidade de dedos 2 e 3	02	
03	3072920-3	Osteotomia de MTIS 2 e 3	02	
04	3072920-3	Osteotomia de FP do Halo	01	
05	3073120-2	Amotomia do coto do Halo	01	
06				
07		OPM - Poro furo charfiado	02	
08		Poro furo Anthony	04	
09		Broca Stonen MTIS	01	
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

Ortopedia e Traumatologia

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização