

1 - Registro ANS

343269

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

09759005004811022

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Laura Amorese Uchoa

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Uniate.

14 - Nome do Profissional Solicitante

Josi Everaldo Pedrollo Fe

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM PR 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

Uniate

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

5

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Hátnx valgo severo a esquerda com goma e coloidosidade do 4º PDE

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M201

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M20.4

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	Hátnx valgo - Tte cirurgia	01	
02	3072920-8	Tenofemora do adutor do Hátnx	01	
03	3072910-6	Deformidade do 4º PDE	01	
04	3072920-3	Osteotomia de FP Hátnx (Alm)	01	
05				
06		OPM - Bico MIS Shannon	01	
07		Broco MIS Wedge	01	
08		Parafusos compridos	02	
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

Josi Everaldo P. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 23237

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização