

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>0003700000007671035</b>		8 - Validade da Carteira 		9 - Atendimento a RN 	
10 - Nome <b>Jose Manoel Chomono Novato</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde 	

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora 		13 - Nome do Contratado <b>Unimed</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Jose Everado Pedrallo F.</b>		15 - Conselho Profissional 		16 - Número no Conselho <b>CRM PR 23237</b>	
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 <input checked="" type="checkbox"/>		23 - Tipo de Internação <input checked="" type="checkbox"/>		24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/>	
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>01</b>		26 - Previsão de uso de OPME <b>5</b>		27 - Previsão de uso de quimioterápico 	

28 - Indicação Clínica  
**fratura de fêmur tibial @ há 1 semana. Tratado inicialmente na emergência. Programa conversão para síntese definitiva**

29 - CID 10 Principal (Opcional) <b>S823</b>		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-	<b>3073406-1</b>	<b>fratura - redução e estabiliz.</b>		
02-		<b>3071005-7</b>	<b>01</b>	
03-		<b>Retirada de fixador ex-terna</b>	<b>01</b>	
04-				
05-				
06-				
07-		<b>OPM - Placa de tornozelo com angulo variavel - Versalock</b>	<b>01</b>	
08-		<b>Placa bloqueada 1/3</b>		
09-		<b>tubular</b>	<b>01</b>	
10-		<b>Parafusos com lock 3.5</b>	<b>04</b>	
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 <b>Dr. Jose Everado F. Filho</b> Ortopedista CRM-PR 23.237		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	