

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

09750000 18132556

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

2

50 - Nome Social

10 - Nome

Luís Gustavo Zamboni Correa

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unorte

14 - Nome do Profissional Solicitante

Cesar Eduardo C. F. Martins  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 123456

15 - Conselho Profissional

CRM

16 - Número no Conselho

22343

17 - UF

PR

18 - Código CBO

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

Unorte

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

G

23 - Tipo de Internação

14

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

100

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

L

28 - Indicação Clínica

Don e deformidade  
torçãõ com artrose de  
Subtala e manuseio de Tendo

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S934

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M19

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	30729223	TTO do Lc / Laca	01	
02				
03	30731224	Tranqueamento de Tendo	01	
04				
05	30728150	Reconstrução Lx / punho Detado	01	
06				
07		Parafuso Condado 7	02	
08		Fast Lock	03	
09		Parafuso interfixação	01	
10		Arvore montado	02	
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

Cesar Eduardo C. F. Martins  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 123456

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização