

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

0310712400007A008

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

N

10 - Nome

Luiza Maria Santana

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

União

14 - Nome do Profissional Solicitante

José Everaldo Pedrolo Filho

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM 23237

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

União

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

H

24 - Regime de Internação

E

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

07

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Halter valgo bilateral.
Doença para atividades cotidianas e uso de
colchão.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M20.1

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	Halter Valgo - Tte ci -	02	
02-		unidade		
03-	3072920-3	Osteofomia FP 1º PD	02	
04-	3073122-4	Tenoplastia aberta Halter	02	
05-		OPM - Parafuso Anteriores	02	
06-				
07-				
08-				
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

José Everaldo Pedrolo Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23237

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização