

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 00543008592002882	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
50 - Nome Social _____		
10 - Nome Renato Pereira dos Santos		

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado Unioeste
14 - Nome do Profissional Solicitante José Everaldo Pedrollo F.	15 - Conselho Profissional CRM
16 - Número no Conselho PR 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 _____	21 - Data sugerida para internação ____/____/____
22 - Caráter do Atendimento U	23 - Tipo de Internação H	24 - Regime de Internação C
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____
28 - Indicação Clínica Fratura do calcâneo exposto há 3 dias, com desvio.		
29 - CID 10 Principal (Opcional) S870	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- _____	3072915-7	Fratura de calcâneo - H	01	____
02- _____	3073110-0	Limpeza e fixação de fratura	01	____
03- _____		Tenotomia de tendões	01	____
04- _____		OPM - Placa de calcâneo	____	____
05- _____			____	____
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 M. Filho Ortopedista Traumatologia CRM/PR 23237	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____		