

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

0005 000 000 5389960

8 - Validade da Carteira

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_

50 - Nome Social

10 - Nome

Sandra mora caribueni

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

\_\_\_

13 - Nome do Contratado

\_\_\_

14 - Nome do Profissional Solicitante  
Cesar Eduardo C. F. Martins  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 22.343

15 - Conselho Profissional

\_\_\_

16 - Número no Conselho

\_\_\_

17 - UF

\_\_\_

18 - Código CBO

\_\_\_

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

19 - Código na Operadora / CNPJ

\_\_\_

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

unimed

21 - Data sugerida para internação

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

22 - Caráter do Atendimento

\_\_\_

23 - Tipo de Internação

\_\_\_

24 - Regime de Internação

\_\_\_

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

\_\_\_

26 - Previsão de uso de OPME

\_\_\_

27 - Previsão de uso de quimioterápico

\_\_\_

28 - Indicação Clínica

Dor e deformidade do 1º Bilateral  
C1 Valgo mod - grande e grave  
2º Bilateral

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M205

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-___	30429181	770 Halux Valgo	02	___
02-___	30429203	Ortostoma metatarsal	02	___
03-___	___	___	___	___
04-___	___	___	___	___
05-___	30431216	Transposições de Tendões	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

Cesar Eduardo C. F. Martins  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 22.343

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_