

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

09942128546456014

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

Kaviana Martins de Pinho Izuric

10 - Nome

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Cesar Eduardo C. F. Martins  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 22343

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM 22343

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

PO de fratura de tornozelo  
C1 componente Talus em Valgo de  
múltiplas de Tibial Anterior C1 de Plano do  
adulto

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S939

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M029

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-	3072 205-3	Redução de fratura	01	
02-	3072 9108	osteotomia de calcâneo	01	
03-	3073 124	Tranqueleto de Tórax	01	
04-				
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

Dr. Cesar Eduardo C. F. Martins

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

X Kaviana

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização