

1 - Registro ANS

3 5 5 1 5 1

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

801.103.003

7 - Número da Carteira

705404475129798

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Frank William Antoni

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Dr. Cesar Eduardo C. F. Martins

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PR 22.343

14 - Nome do Profissional Solicitante

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

unior

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

lesão by Torção instável  
crônica com impação anterior lateral

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S939

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          | 30731053   | União T.O. fechamento | 01              |               |
| 02          | 30731127   | Transplante de tendão | 01              |               |
| 03          |  |                       |                 |               |
| 04          |  | Shaper late male      | 01              |               |
| 05          |  | East lock             | 02              |               |
| 06          |  | agulla Suture         | 01              |               |
| 07          |  |                       |                 |               |
| 08          |  |                       |                 |               |
| 09          |  |                       |                 |               |
| 10          |  |                       |                 |               |
| 11          |  |                       |                 |               |
| 12          |  |                       |                 |               |

Dados da Autorização

39 - Data Prevista 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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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

Frank William Antoni