

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

00090000011001049

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

2

10 - Nome

Luiz Reinaldo Zanetti

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unioeste

14 - Nome do Profissional Solicitante

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

15 - Conselho Profissional

CRM

16 - Número no Conselho

22343

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

Unioeste

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

C

23 - Tipo de Internação

IA

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

02

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Artrose de tornozelo com instabilidade lateral e varo, com necessidade de prótese

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M19

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-	30728053	Artroscopia total de tornozelo	01	
02-				
03-				
04-	30728150	Reconstrução ligamentar lateral	01	
05-				
06-				
07-		Kit Prótese total		
08-		Zinix com talus e calcâneo	01	
09-		* Lo Frenocclon Ceterneo		
10-		Âncora Fast Lock	02	
11-		* Lo Frenocclon Artroscopia		
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
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR: 22343

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização