

1 - Registro ANS

3,432,69

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

1170000001918328

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

Maria Silvana Dalozo

10 - Nome

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. João Paulo F. Guerreiro  
Ortopedia e Traumatologia

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

Dr. João Paulo F. Guerreiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 28617

17 - UF

18 - Código CBO

**Dados do Hospital Local Solicitado / DCEM/PR 28617**

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

Unus

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

4p

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 d VALGO GRAVE  
C  
ADM 5-100  
Esquerda DOR INTRATÁVEZ

29 - CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 Secundária

31 - CID 10 Tercária

32 - CID 10 Quarta

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-		ARTROSE SOEUAO		
02-				
03-				
04-				
05-		PROTESE TOTAL		
06-				
07-				
08-		SOEUAO UNILATERAL		
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. João Paulo F. Guerreiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 28617

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização