

1 - Registro ANS 343269	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 _____	8 - Validade da Carteira ____/____/____
9 - Atendimento a RN ____	

10 - Nome Angela M. Vigatto	11 - Cartão Nacional de Saúde _____
--------------------------------	--

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado _____
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 União
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 Dolux Teljo + metatarsalgia + Sostre + 1º deformidade dedos em metacarpo 2º lub
--

29 - CID 10 Principal (Opcional) _____	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		36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
01- _____	30729181	Dolux Teljo 1X	____	____
02- _____	30729203	atualização plange / metatars 6X	3	____
03- _____	30731127	tenoplastia 1X	____	____
04- _____	30729106	Deformidade dos dedos	____	____
05- _____	____	01 Broca Shorman	____	____
06- _____	____	01 Broca Wadley	____	____
07- _____	____	02 parafusos chapinhos titânio	____	____
08- _____	____	01 fio kirschner 2.5	____	____
09- _____	____	01 parafuso Antares	____	____
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 _____
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____

Dr. Rafael Belato
Ortopedia e Traumatologia
Especialidade - Pé e Tornozelo
CRM/PR 28804 / R-1501150114425