

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

005 000 00 6190 2376

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Katia Angélica Loure do Vale Duarte

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

José Everaldo Pedrolo Fe

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM PR 23237

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

H

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Hálux valgo bilateral com dor para calçados -
Toarcostilho bilateral

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M20.1

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M20.4

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-	3072918-1	Hálux valgo - 1º grau	02	
02-	3072920-3	Osteotomia de FP da Hálux e qto de 5º MTT bilateral	04	
03-	3073112-7	Tenoplastia do achto do Hálux bilateral	02	
04-				
05-				
06-				
07-		OPM - Parafuso cortado	02	
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

José Everaldo P. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR: 23237

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização