

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

0.11170000021430208

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

12

50 - Nome Social

10 - Nome

Adriana Maria Pires de Campos

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

Cassio Martins

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

122343

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

Unimed

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

U

23 - Tipo de Internação

U

24 - Regime de Internação

U

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

100

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

U

28 - Indicação Clínica

H Valgo Oligo Biliatral  
e Saneamento de Saneamento

Re Biliatral

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M10.5

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- 307291401

02- 30729203

03- 30731204

04- 30731204

05- 30731204

06- 30731204

07- 30731204

08- 30731204

09- 30731204

10- 30731204

11- 30731204

12- 30731204

Tratamento de Valgo  
Biliatral  
Transfusão de Sangue  
após de mamas  
por causa anterior  
micro serra

02  
03  
02  
02  
02  
02  
02  
02  
02  
02  
02

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