

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 MARIA DAS DORES GREGORIO	8 - Validade da Carteira ____/____/____
9 - Atendimento a RN _____	
10 - Nome _____	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 E _____ 2	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado _____
21 - Data sugerida para internação ____/____/____	
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de Internação _____
24 - Regime de Internação 5	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____
26 - Previsão de uso de OPME _____	27 - Previsão de uso de quimioterápico _____

28 - Indicação Clínica ARTROSE DE QUADRIL COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, IMPOTENCIA FUNCIONAL.	
C	

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	
34 - Tabela 3.07.24.05-8	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 06.134.12-7
36 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)	
37 - Qtde Solic TENOPLASTIA DOS ROTADORES EXTERNOS	
38 - Qtde Aut	
01- _____	_____
02- _____	_____
03- _____	_____
04- _____	_____
05- _____	_____
06- _____	_____
07- _____	_____
08- _____	_____
09- _____	_____
10- _____	_____
11- _____	_____
12- _____	_____

Dados da Autorização	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar PACIENTE ATIVO, QUE NECESSITA REALIZAR PROTESE IMPORTADA DE QUADRIL, POUCAS COMORBIDADES.	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 _____ _____ _____
--

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 4.217.601-0 DATA DE EXPEDIÇÃO: 19/01/2017

NOME: MARIA DAS DORES GREGORIO

FILIAÇÃO: ANTONIO DOS SANTOS
GERALDA PAULA DOS SANTOS

NATURALIDADE: GOV. VALADARES/MG DATA DE NASCIMENTO: 15/04/1952

DOC. ORIGEM: COMARCA=LONDRINA/PR, 1 OFICIO
C.CAS=18520, LIVRO=41B, FOLHA=134

CPF: 580.213.539-53

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

E PROIBIDO PLASTIFICAR

Unimed Londrina

somos COOP

PARTICIPATIVO 50% NACIONAL BAS
ICO OBS - COLETIVO POR ADESAO
COLETIVO POR ADESAO

0 005 000005355159 4

MARIA DAS DORES GREGORIO

Nome do Beneficiário 15/04/1952

Data de Nascimento 15/04/1952

COLETIVA Acomodação

NÃO HÁ Cobertura Parcial Temporária

NACIONAL Abrangência

NA04 BASICO Rede de Atendimento

0005 Atend.

01 Via

01/02/2024 Validade

FUNDO A A SAUDE

Contratante

REGULAMENTADO

Plano

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Segmentação Assistencial do Plano

01/02/2022 Vigência do Plano

99113.2937