

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>		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 <b>005 000 000 395.103.3</b>		8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN <input type="checkbox"/>
50 - Nome Social <b>Regeline C. Reis Delgado</b>			
10 - Nome _____			

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado _____	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MARCELO V. PEREIRA</b>		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 <b>Unimed</b>		21 - Data sugerida para Internação ____/____/____	
22 - Caráter do Atendimento <b>E</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>H</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>01</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de quimioterápico <input type="checkbox"/>

28 - Indicação Clínica  
**K890 UCA + nódulo p/6 e 12**

29 - CID 10 (1) (Opcional) <b>J06.0</b>	30 - CID 10 (2) (Opcional) _____	31 - CID 10 (3) (Opcional) _____	32 - CID 10 (4) (Opcional) _____	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

**Procedimentos Assistenciais Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	<b>30.13.30.13</b>	<b>reconstrução UCA</b>	<b>01</b>	_____
02	<b>30.13.12.16</b>	<b>transporção de dentes</b>	<b>01</b>	_____
03	<b>30.13.30.65</b>	<b>aparelho maxilar</b>	<b>01</b>	_____
04		<b>de 12 e 16</b>	<b>01</b>	_____
05			_____	_____
06		<b>placa oclusal</b>	<b>01</b>	_____
07			_____	_____
08		<b>pont Shaver</b>	<b>01</b>	_____
09			_____	_____
10		<b>Kt aparelho maxilar all inside</b>	<b>03</b>	_____
11		<b>(max 12)</b>	_____	_____
12			_____	_____

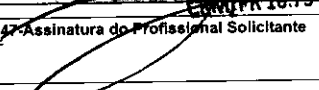

**Dados de Autorização**

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 _____
--	--	--	--