

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 00050000059962472	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
10 - Nome Cristina Aparecida Reis	11 - Cartão Nacional de Saúde _____	

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado _____
14 - Nome do Profissional Solicitante Cesar Eduardo F. Martins	15 - Conselho Profissional ____
16 - Número no Conselho _____	17 - UF ____
18 - Código CBO _____	

**Dados do Hospital / Local Solicitante**

19 - Código na Operadora / Local Solicitante _____	20 - Nome do Hospital / Local Solicitante Unimed	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**

gans 213 Blatent . pra  
cda 4 PPP

29 - CID 10 Principal (Opcional) M205	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- 30729203		osteotomia plana	05	____
02- 30731116		transplante de tendões	02	____
03- _____			____	____
04- _____			____	____
05- _____		Broca Shiman	01	____
06- _____			____	____
07- _____			____	____
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**

45 - Observação / Justificativa _____			
--	--	--	--

46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Cesar Eduardo F. Martins	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável João	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	---	--	--