

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 00000 360 70 55 9

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome Social

TALISON R de S. JAKELIN

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

MARCUS V. DANIELI

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

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

tumor sinusal / sinovite +
condropths p/rel de

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M23

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-	3013 3014	SINOVITOMIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02-	3013 3030	CONDROPHTIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05-		TR DE VRO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08-		font. shv vsc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Dr. Marcus V. Danieli

Ortopedia e Cirurgia do Joelho

CAR/PA 11.724

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Marcus V. Danieli