

PEREZINHA

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 005 000 000 430 859 2	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN	
50 - Nome Social MESSIAS DE OLIVEIRA LIMA	
10 - Nome	

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	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado Unimed
21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação O
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 ENTORSE JOELHO DIREITO COM LESÃO LCA + LCM + MENISCO + OSTEOCONDROMA.

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		36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
01	30 + 330 + 3	LCA		
02	30 + 312 + 16	EXAME FLEXOR COM LATERAL		
03	30 + 261 + 50	LCM		
04	30 + 322 + 16	EXAME FLEXOR HORIZONTAL		
05	30 + 330 + 65	EXAME MENISCO - CONTINUAÇÃO		
06	30 + 330 + 79	OSTEOCONDROMA		
07		ITAXA VIDEO		
08	0059 0005	1 LAINT SHARER		
09	0016 700	1 RADIOFREQUENCIA		
10	7150 2718	3 ANOMIAS SUGERNOT		
11	0059 7007	2 PARTIDO INTERF. BLO 02		
12	70627 657	1 PUTA ENDO BOTON		

Dados da Autorização		40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 99999999	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 A. M. Pereira	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---	---