

*Intermite*

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 00 32016 800

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

*Leny C S. Longhi*

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

21 - Data sugerida para internação

*Unimed*

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

*Reparo menisco medial e osteocartilagem*  
*fechada (D)*

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

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01	60024151	<i>laxx wdeo</i>	<i>01</i>	
02				
03	30733065	<i>Reparo do menisco</i>	<i>01</i>	
04	30733049	<i>osteocartilagem</i>	<i>01</i>	
05	60000805	<i>ENF</i>	<i>01</i>	
06				
07				
08	00590045	<i>L. Sharny</i>	<i>01</i>	
09	78898676	<i>Kit Sistema CROSS FIX</i>	<i>02</i>	
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

**Dr. Roberto G. Gasparelli**  
Ortopedia e Traumatologia

46 - Data da Solicitação

CRM PR 32.428-15015-389 Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

*Leny C. S. Longhi*