

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 604 7020 7

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Marcus V. Daniel

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

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

Lesão L4 + L5 em fêmur Dx

29 - CID 10 (1) (Opcional)

J85

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 Item Assistencial Solicitados**

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição             | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
|-------------|--|----------------------------|-----------------|---------------|
| 01          | 30133013   | Reconstrução L4            | 01              |               |
| 02          | 30131216   | Transfusão de sangue       | 01              |               |
| 03          | 30126190   | Reconstrução L5            | 01              |               |
| 04          |  | Rx de vídeo                |                 |               |
| 05          |  |                            |                 |               |
| 06          |  |                            |                 |               |
| 07          |  | placa foggeloc             | 01              |               |
| 08          |  | parafusos wharf observável | 01              |               |
| 09          |  | Pont shurz                 | 01              |               |
| 10          |  |                            |                 |               |
| 11          |  | kit fastlock               |                 |               |
| 12          |  |                            | 01              |               |

**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. Daniel  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM/PR 12.731

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paulo H. Carter

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização