

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

865 000 392 801 400 3

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Patrick Augusto de Almeida Quez

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

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

Reconstrução LCA + menisco medul + Osteocando-
ptin Joelho @.
Tendo reconstrução LCA + LAL + menisco medul

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	30733073	Reconstrução LCA	1	
02	30726190	Reconstrução LAL	1	
03	30733049	Osteocandoptin	1	
04	30733065	Reparo menisco	1	
05	30731216	Exérese	2	
06		Taxa de vídeo	1	
07				
08	788 98 676	Rt ptin crossfix	3	
09	723 20 907	Trocanterol	1	
10	0059 7007	Prótese de interface em osso	1	
11	7150 2778	Arcon	1	
12	1000 66879	Lâmina de shaver	1	

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

Guilherme J. M. Piovesana

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Médico Responsável

CRM-PR 30165 / SBO 14548

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização