

1 - Registro ANS 343269	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 00050000042970710	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
10 - Nome Tuffi Miguel Kairuz Jr.	11 - Cartão Nacional de Saúde _____	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado Unimed
-----------------------------------	--

14 - Nome do Profissional Solicitante Cesar Eduardo Costa Ferreira Martins CRM	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número no Conselho 22343	17 - UF PR	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 ____	24 - Regime de Internação ____
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de uso de OPME ____	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____

28 - Indicação Clínica

**Seguindo de fratura de
colunas**

29 - CID 10 Principal (Opcional) M59	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- _____	30729041	Osteotomia de Touro	01	____
02- _____	30721127	Tomoplastia de Tm	01	____
03- _____	_____	_____	____	____
04- _____	_____	_____	____	____
05- _____	_____	_____	____	____
06- _____	_____	_____	____	____
07- _____	_____	Mus Serr	____	____
08- _____	_____	_____	____	____
09- _____	_____	_____	____	____
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

46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Cesar Eduardo C. F. Martins	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável [Assinatura]	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização [Assinatura]
--	---	---	--