

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

0009 0000035293204

8 - Validade da Carteira

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_\_

50 - Nome Social

10 - Nome

Jose Miguel de Moraes Mendes

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

\_\_\_\_

13 - Nome do Contratado

\_\_\_\_

14 - Nome do Profissional Solicitante

Adriana Lazi

15 - Conselho Profissional

\_\_\_\_

16 - Número no Conselho

CRP 14166

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

\_\_\_\_

24 - Regime de Internação

\_\_\_\_

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

\_\_\_\_

26 - Previsão de uso de OPME

\_\_\_\_

27 - Previsão de uso de quimioterápico

\_\_\_\_

28 - Indicação Clínica

PTE a recidiva supinaco.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

D66.0

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-____	3072923-8	Tto cirurgico PTE bil	02	____
02-____	3073013-5	Transfusão muc (fibra	____	____
03-____		entica)	____	____
04-____			____	____
05-____			____	____
06-____			____	____
07-____			____	____
08-____		02 fios de alta resistencia	____	____
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

08/04/2024

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Adriana Lazi

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Adriana M. M. Mendes

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_\_