

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 005.00000.593.733.02		8 - Validade da Carteira 		9 - Atendimento a RN 	
50 - Nome Social LOW JENILDO DOS S. JR					
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 U		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 do pteb + fratura osteocondral pelo (D) (Knee)					

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

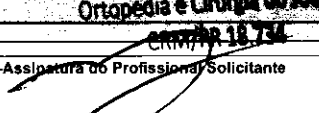
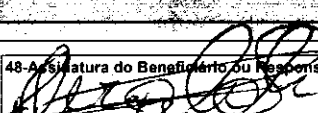
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01.	30.733.03	Reconstrução LPTM	01	
02.	30.73.12.16	Transposição Ligam	01	
03.	30.73.32.49	ostecondroplastia	01	
04.		tx de vido	01	
05.				
06.		prot. Jhonen	01	
07.		progr. inter. artroscópico	01	
08.				
09.		minim. com litotri	01	
10.				
11.		cto de fibrina	01	
12.				

Dados de 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 18.734

46 - Data da Solicitação 		47 - Assinatura do Profissional Solicitante 		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	
------------------------------	--	--	--	--	--	---	--