

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 520 25 139		8 - Validade da Carteira		
9 - Atendimento a RN				
10 - Nome KARLA REGINA CABRAL		11 - Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado Unimed		
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 UNIORTE		
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 EMENBE JOELHO COM LESÃO LCA, MENISCO E CARTILAGEM ESQUERDO				
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-	3073 3073	LCA	01	
02-	3073 1216	EMENBE TENDÃO	02	
03-	3073 3065	REPARO MENISCO		
04-	3073 3080	CARTILAGEM		
05-	60024 134	1 TAXA VIDE		
06-	0059 0045	1 LAMINAR		
07-	00116 700	1 RADIOFREQUÊNCIA		
08-	0059 0007	1 PRÓTESE UNIF. BIC		
09-	70 627657	1 PUNTA ENDOSCÓPICA		
10-	78898 676	3 KIT REPARO MENISCO		
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 Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM 28.617		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização