

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

0005 00000 10149379

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

João Adilson da Silva

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17905

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17905

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

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

Rotura do Menisco + lesão condral
do e limitação

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M 23.2

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M 23.9

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01 -	3073 3065	1 dia pl menisco		
02 -	3073 3030	1 dia pl Condrolado		
03 -	3073 3030	1 dia pl Release		
04 -	3073 3103	1 dia pl Release		
05 -		1 dia pl Release		
06 -		1 dia pl Release		
07 -		1 dia pl Release		
08 -		1 dia pl Release		
09 -		1 dia pl Release		
10 -		1 dia pl Release		
11 -		1 dia pl Release		
12 -		1 dia pl Release		

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. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17905

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

João Adilson da Silva

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização