

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

005 000 000 7709 512

8 - Validade da Carteira

/ /

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

D. João Correa Jesus

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

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

Unimed

21 - Data sugerida para internação

/ /

22 - Caráter do Atendimento

U

23 - Tipo de Internação

E

24 - Regime de Internação

U

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

5

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Ruptura menisco lateral em n.º de balde
Joelho ☺ + Condromatose

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-		Exame físico	1	
02-		Condicionamento físico	1	
03-		Exame de vídeo	1	
04-				
05-				
06-				
07-				
08-				
09-		At. Lâmina de shaper	1	
10-		Kt. sutura - Jussara	3	
11-				
12-				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

16.09.2023

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

Guilherme J. M. Pavesana
CRM: PR 30165 / SPO: 14548

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização