

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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Elza R. E. Santos

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

Optonco

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

Julio Celso B. da Silva + Soluções 2º dia

DR. RAFAEL BELTRÃO  
ORÇAMENTO E TRATAMENTO  
CNPJ 28.806.150/0001-04

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M20.1

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-				
02-	3072.9181	Healix Selfe 2x		
03-	3072.9203	Optonco 2x		
04-				
05-	3073.1127	Amesbury 2x		
06-				
07-				
08-		• Buro Schenck		
09-		• Buro Wadga		
10-		• Buro Smap		
11-		• Buro Smap		
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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



995535252 *Person*  
32322888

**Unimed** Londrina **somos coop** F. UNIPLAN 13-ART  
INDIVIDUAL OU FAMILIAR

 **0 005 000000069528 1**  
**ELZA R CASTRO SANTOS**  
Nome do Beneficiário **0005**  
**03/12/1939** **INDIVIDUAL** **NÃO HÁ**  
Data de Nascimento Acomodação Cobertura Parcial Temporária  
**DILKE A SANTOS**  
Contratante **NACIONAL**  
**ADAPTADO** **11**  
Plano Vigência do Plano Abrangência Via  
**AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA** **01/09/2023**  
Segmentação Assistencial do Plano Rede de Atendimento Validade

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal**

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**ELZA RAPETTI CASTRO SANTOS**

Nº de Inscrição **024403689-62** Data do Nascimento **03/12/39**



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **655.171-8** DATA DE EXPEDIÇÃO: 25/08/2014

NOME: **ELZA RAPETTI CASTRO SANTOS**

FILIAÇÃO: ANDRE RAPETTI  
MARIA OTILIA CONCEIÇÃO RAPETTI

NATURALIDADE: PIRACICABA/SP DATA DE NASCIMENTO: 03/12/1939  
**Maior de 65 Anos**

DOC. ORIGEM: COMARCA=SERTANOPOLIS/PR, DA SEDE  
C.CAS=5070, LIVRO=22B, FOLHA=197

CURITIBA/PR

  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

E PROIBIDO PLASTIFICAR