

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 0 2 6 5 0 0 0 3 8 6 7 2 9 0 0 0 6	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
--	--	------------------------------

10 - Nome José André Martins	11 - Cartão Nacional de Saúde _____
--	--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado Unimed
-----------------------------------	--

14 - Nome do Profissional Solicitante Evaristo Eduardo Castro F. Martins	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número no Conselho 2 2 3 4 3	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 E	23 - Tipo de Internação ____	24 - Regime de Internação ____	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 0 1	26 - Previsão de uso de OPME ____	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____
---	---------------------------------	-----------------------------------	--	--------------------------------------	--

28 - Indicação Clínica lesão extensa do tendão calcâneo (E)

29 - CID 10 Principal (Opcional) M65.9	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- _____	3023.11.04	Transplante de tendão	01	____
02- _____	3023.12.04	Transposição de tendão	01	____
03- _____				____
04- _____				____
05- _____				____
06- _____				____
07- _____				____
08- _____				____
09- _____				____
10- _____				____
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. Cesar Eduardo C. F. Martins Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 22.343	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável José André Martins	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	---	---	--