

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 		
4 - Data da Autorização 		5 - Senha 		
6 - Data de Validade da Senha 				
<b>Dados do Beneficiário</b>				
7 - Número da Carteira <b>020 150 520 260790 03</b>		8 - Validade da Carteira 		
9 - Atendimento a RN 		11 - Cartão Nacional de Saúde 		
10 - Nome <b>Felipe A. P. Soares</b>				
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>				
12 - Código na Operadora 		13 - Nome do Contratado <b>Unimed</b>		
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Marcus V. Danielli</b>		15 - Conselho Profissional 		
16 - Número no Conselho <b>18734</b>		17 - UF 		
18 - Código CBO 				
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>				
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 <b>01</b>	
26 - Previsão de uso de OPME 		27 - Previsão de uso de quimioterápico 		
28 - Indicação Clínica  <b>lesão condutiva + LCP + LCN joelho E</b>				
29 - CID 10 Principal (Opcional) <b>M3</b>		30 - CID 10 (2) (Opcional) 		
31 - CID 10 (3) (Opcional) 		32 - CID 10 (4) (Opcional) 		
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 				
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	<b>30226190</b>	<b>Atendimento médico LCP</b>	<b>01</b>	
02-	<b>30226190</b>	<b>Condutivismo</b>	<b>01</b>	
03-				
04-	<b>30226190</b>	<b>Atendimento médico LCN</b>	<b>01</b>	
05-	<b>30226190</b>	<b>Atendimento médico LCN</b>	<b>01</b>	
06-				
07-		<b>Ex de nro</b>	<b>01</b>	
08-		<b>plac togebo</b>	<b>01</b>	
09-		<b>plac injeç</b>	<b>01</b>	
10-		<b>plac injeç</b>	<b>01</b>	
11-		<b>plac injeç + anest</b>	<b>01</b>	
12-		<b>plac injeç</b>	<b>01</b>	
<b>Dados da Autorização</b>				
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 <b>Dr. Marcus V. Danielli</b> Ortopedia e Cirurgia do Joelho		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 		