

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

0 994 223 728 7088004

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Cesar de Matos Silva

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unioeste

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 905

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitante / 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

01

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápicos

28 - Indicação Clínica

NOV + INSTABILIZADOR ANTERIO
JOELHO SI melino e/ho de m

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M23 5

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- | 30733073 | VINHO p/LCA | | |
| 02- | | | | |
| 03- | 30733065 | VINHO p/meniscop | | |
| 04- | 30733030 | VINHO p/condro | | |
| 05- | 30731216 | VINHO p/condro | | |
| 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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM 17905

Cesar de Matos Silva