

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

Rafael M. da Silva Gonalves

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

Unimed

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

lesão ligamentar com dor e inchaço

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M24.2

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-	30734045	2ª feocoma plástica 1x	___	___
02-	30734053	2ª ressecção ligamentar 1x	___	___
03-	___	___	___	___
04-	___	___	___	___
05-	___	___	___	___
06-	___	12 horas	___	___
07-	___	2 meses 3.0	___	___
08-	___	2 meses Fastlock	___	___
09-	___	___	___	___
10-	___	___	___	___
11-	___	___	___	___
12-	___	___	___	___

Dr. Rafael Baretato
Ortopedia e Traumatologia
Especialidade - Pé e Tornozelo
CRM/PR 128806 / TEOT 14425

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
