

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
005.00000 599 345.68

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome
Mica Augusta Rezzi

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
E

23 - Tipo de Internação
H

24 - Regime de Internação
C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1

26 - Previsão de uso de OPME
S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica
Ruptura menisco medial + Condromatose
Joelho ☺

29 - CID 10 Principal (Opcional)

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		Reparo cirúrgico	1	
02		Condromatose	1	
03		Taxa de vídeo	1	
04				
05				
06				
07				
08		Lâmina de shaver	1	
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
Guilherme J. M. Piovesana
CRM PR 34165 / SBOT 14548

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização