

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____			
Dados do Beneficiário				9 - Atendimento a RN ____	
7 - Número da Carteira 0005000035379050		8 - Validade da Carteira ____/____/____			
10 - Nome Vanilza Ferreira Araújo				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 CRM 22343	
		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 de tornozelo (D) e lesão condral extensa e Falha ossea					
29 - CID 10 Principal (Opcional) S934		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- 3073	4053	Uídeo do Tornozelo (D)	01	_____	
02- _____	_____	+ T de braço ligamentar	_____	_____	
03- 3072	7162	osteotomia da lesão (D)	01	_____	
04- 3071	3072	Atuação do membro omo	01	_____	
05- _____	_____	Kit massagem plástica	01	_____	
06- _____	_____	Shoes para molas	01	_____	
07- _____	_____	Fast lock	02	_____	
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 Vanilza	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____			