

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 0 0 5 0 0 0 0 4 4 9 7 7 4 4 4

8 - Validade da Carteira

1 0 6 / 1 1 / 0 9 / 1 2 / 2 0 2 0

9 - Atendimento a RN

1 2

50 - Nome Social

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

Cesar Eduardo C. F. de Mello

15 - Conselho Profissional

CRM

16 - Número no Conselho

2 2 3 4 3

17 - UF

PR

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

IA

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

1 0 1 A

26 - Previsão de uso de OPME

E

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

lesão grave de Tendão flexor curto
e Tendão

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S93.9

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M05.9

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 -	3 0 7 3 1 1 1 A	Tanoplastia Tendão	01	___
02 -	___	___	___	___
03 -	3 0 7 3 1 2 2 A	Transposição de Tendão	01	___
04 -	___	___	___	___
05 -	___	___	___	___
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
