

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

100050020005517403

8 - Validade da Carteira

02/02/2025

9 - Atendimento a RN

N

10 - Nome

Maria Tereza Ruiz Cardoso

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Cesar Eduardo C. Martins

15 - Conselho Profissional

CRM

16 - Número no Conselho

12343

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

IC

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Do 2 Mt + ① e guma

2025-02-02

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M779

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- <input type="checkbox"/>	30272R1223	ortostoma do metatoma	02	
02- <input type="checkbox"/>				
03- <input type="checkbox"/>	30273R1224	Tramperum Tendas	01	
04- <input type="checkbox"/>				
05- <input type="checkbox"/>				
06- <input type="checkbox"/>				
07- <input type="checkbox"/>				
08- <input type="checkbox"/>				
09- <input type="checkbox"/>				
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

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