

1 - Registro ANS 005711		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
4 - Data da Autorização		5 - Senha		
		6 - Data de Validade da Senha		
<b>Dados do Beneficiário</b>				
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira		
		9 - Atendimento a RN		
10 - Nome SILVEI, J. MANFREDINI JR		11 - Cartão Nacional de Saúde		
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS V. DANIELI		15 - Conselho Profissional / H.R. / Número do Conselho Ortopedia e Traumatologia		
17 - UF		18 - Código CBO		
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b> CRM/PR 18.734				
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 C	24 - Regime de Internação H	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	
26 - Previsão de Uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico		
28 - Indicação Clínica  lesão L4 + nervo se joelho ER lesão L5 + osteocondil + nervo se joelho di				
29 - CID 10 Principal S13				
30 - CID 10 (2)				
31 - CID 10 (3)				
32 - CID 10 (4)				
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	307B 307B	reconstrução L4	02	
02	307B 1216	transposição tenoto	02	
03	307B 49	osteotomia	01	
04	307B 3054	artroscopia	02	
05		fixação de viti	01	
06				
07		placa toggleloc	02	
08		preço inter. absorvível	02	
09				
10		paraf. chave	02	
11				
12		" absorvível	02	
<b>Dados da Autorização</b>				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas		41 - Tipo de Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa				
<p style="text-align: center;">Dr. Marcus V. Danieli Ortopedia e Cirurgia do Joelho</p>				
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização				