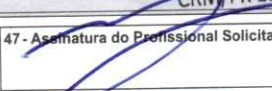
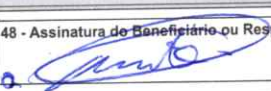


1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____		
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____				
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 005 00000 343 783 94		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN _____		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
10 - Nome André R. Andreola				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado _____		
14 - Nome do Profissional Solicitante Marcus V. Danielli		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 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 Cisto reacional anterior sintomático Joelho ER				
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-	30131046	retirada cist	1	_____
02-	30710003	retirada pontos	1	_____
03-	_____	_____	_____	_____
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 _____		44 - Código CNES _____		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____		
45 - Observação / Justificativa Dr. Marcus V. Danielli Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM/PR 18.734				
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante 		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____		