

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 00500000 55179862		8 - Validade da Carteira 		9 - Atendimento a RN 	
50 - Nome Social LICINIA MADRUGA DE JESUS					
10 - Nome 					

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 		13 - Nome do Contratado 			
14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS V. DANIELI		15 - Conselho Profissional 		16 - Número no Conselho 	
17 - UF 		18 - Código CBO 			

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

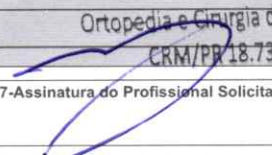
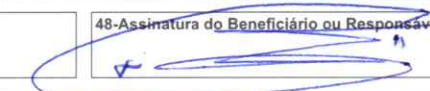
19 - Código na Operadora / CNPJ 		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado Unimed		21 - Data sugerida para internação 	
22 - Caráter do Atendimento 		23 - Tipo de Internação C		24 - Regime de Internação H	
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01		26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico 	
28 - Indicação Clínica lesão meniscal / condral joelho da					

29 - CID 10 Principal (Opcional) M63		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-	30733057	Intrometa menisco	01	
02-	30733032	Condopatia	01	
03-				
04-				
05-				
06-		TX DE VIDE	01	
07-				
08-		LAMINA DE SHAVEL		
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 Dr. Marcus V. Danieli 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 					