

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 375 151 55		8 - Validade da Carteira 		
9 - Atendimento a RN 		10 - Nome Wdenih L de Castro		
11 - Cartão Nacional de Saúde 				
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 		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 Artrose fêmur e R				
29 - CID 10 Principal (Opcional) M R		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- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho	01	
02- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho		
03- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho		
04- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho		
05- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho		
06- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho		
07- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho		
08- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho		
09- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho		
10- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho		
11- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho		
12- 3026 60 34		Artroplastia de Joelho		
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 13.734				
46 - Data da Solicitação 		47 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura]		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável [Assinatura]
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 				