

1 - Registro ANS 31.292-4		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 01048510006		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN N				
10 - Nome Jose Antonio Bello toni		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado Unioeste		
14 - Nome do Profissional Solicitante Jose Everaldo Pedrollo R		15 - Conselho Profissional CRM		
16 - Número no Conselho 21312312		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 Unioeste		
21 - Data sugerida para internação ____/____/____				
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação IT	24 - Regime de Internação E	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	
26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico _____		
28 - Indicação Clínica Enteropatia insorcionar de Agites bilate- nal, com maior dan a esquerda. Sem melhora d tte clinico.				
29 - CID 10 Principal 659		30 - CID 10 (2) _____		
31 - CID 10 (3) _____		32 - CID 10 (4) _____		
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- []	3073711-9	eng. plastia de Agi-	01	[]
02- []	3072719-0	Estetofonia de colapso	01	[]
03- []	3073722-4	Transp. unica de tendão	01	[]
04- []		OPM - Perfilho de	01	[]
05- []		interferencia		[]
06- []				[]
07- []				[]
08- []				[]
09- []				[]
10- []				[]
11- []				[]
12- []				[]
Dados da Internação				
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 Jose Everaldo P. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 23237		
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____		