

1 - Registro ANS _____	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 _____	8 - Validade da Carteira ____/____/____
9 - Atendimento a RN _____	
10 - Nome <i>Wlir Cláudio R. Stangorrell</i>	11 - Cartão Nacional de Saúde _____

Dados do Contratado	
12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado _____
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Marcus V. Daniel</i>	15 - Conselho Profissional _____
16 - Número no Conselho _____	17 - UF _____
18 - Código CBO _____	

Dados do Hospital/Local Solicitante / Dados da Internação	
19 - Código na Operadora / CNPJ _____	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado <i>Unimot</i>
21 - Data sugerida para internação ____/____/____	
22 - Caráter do Atendimento <i>E</i>	23 - Tipo de Internação <i>C</i>
24 - Regime de Internação <i>U</i>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>01</i>
26 - Previsão de uso de OPME <i>S</i>	27 - Previsão de uso de quimioterápico _____

28 - Indicação Clínica <i>lesão meniscal/ ostecondral fech. OR</i>

29 - CBO 14 _____	30 - CBO 19 (2) _____	31 - CBO 49 (2) _____	32 - CBO 79 (2) _____	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Procedimentos de Natureza Assistencial Solicitados		37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	
01 -	<i>2013 49</i>	<i>ostecondroplastia</i>	<i>01</i>
02 -	<i>2013 57</i>	<i>meniscectomia</i>	<i>01</i>
03 -			
04 -		<i>tx de vido</i>	<i>01</i>
05 -			
06 -			
07 -		<i>prot. 5 horas</i>	<i>01</i>
08 -			
09 -			
10 -			
11 -			
12 -			

Dados de 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 <i>Dr. Marcus V. Daniel Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM/PR 48.724</i>			
46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>[Assinatura]</i>	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____