

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 Guilherme L. M. Pires Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização

Guilherme L. M. Pires
47-Assinatura do Profissional Solicitante
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PR 39165 / SBO 14548