

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 000000 132827 4		8 - Validade da Carteira 		
9 - Atendimento a RN 				
10 - Nome Marcus Daniel		11 - Cartão Nacional de Saúde 		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora 		13 - Nome do Contratado Unimed		
14 - Nome do Profissional Solicitante Marcus V. Daniel		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 		
21 - Data sugerida para internação 				
22 - Caráter do Atendimento E		23 - Tipo de Internação U		
24 - Regime de Internação H		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 03		
26 - Previsão de uso de OPME 5		27 - Previsão de uso de quimioterápico 		
28 - Indicação Clínica Artroscopia de joelho				
29 - CID 10 Principal (Opcional) M00		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- 307	6034	Artroscopia total	01	
02- 307	6034	Artroscopia total	01	
03- 307	6034	Artroscopia total	01	
04- 307	6034	Artroscopia total	01	
05- 307	6034	Artroscopia total	01	
06- 307	6034	Artroscopia total	01	
07- 307	6034	Artroscopia total	01	
08- 307	6034	Artroscopia total	01	
09- 307	6034	Artroscopia total	01	
10- 307	6034	Artroscopia total	01	
11- 307	6034	Artroscopia total	01	
12- 307	6034	Artroscopia total	01	
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 				
46 - Data da Solicitação 				
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Marcus V. Danieli Ortopedia - Cirurgia do Joelho		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável X		
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 				