

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 005 000 0000 84 154 7	8 - Validade da Carteira ____/____/____
9 - Atendimento a RN ____	
50 - Nome Social Márcene C. Bordin	
10 - Nome ____	

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 _____	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação	
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 02
26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____

28 - Indicação Clínica

mtax fecho 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 -	30.22.34	mtax fecho e r	01	____
02 -	____	____	____	____
03 -	____	____	____	____
04 -	____	____	____	____
05 -	____	kit prote total upstuds	01	____
06 -	____	____	____	____
07 -	____	____	____	____
08 -	____	crmax	02	____
09 -	____	____	____	____
10 -	____	____	____	____
11 -	____	____	____	____
12 -	____	____	____	____

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
Ortopedista e Cirurgião do Joelho
CRM/PR 18.734

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Márcene C. Bordin

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização