

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							
<b>Dados do Beneficiário</b>											
7 - Número da Carteira 0183 000000 13 91 149		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN							
50 - Nome Social Luci Amiel Jr											
10 - Nome											
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado									
14 - Nome do Profissional Solicitante Marcos V. Danielli		15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho		17 - UF		18 - Código CBO			
<b>Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação</b>											
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado União				21 - Data sugerida para internação					
22 - Caráter do Atendimento E		23 - Tipo de Internação C		24 - Regime de Internação H		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01		26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica lesão meniscal / condral fêmor											
29 - CID 10 Principal (Opcional)		30 - CID 10 (2) (Opcional)		31 - CID 10 (3) (Opcional)		32 - CID 10 (4) (Opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>											
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição				37 - Qtde Solic		38 - Qtde Aut	
01- 30 15 30 52				meniscectomia				01			
02- 30 20 30 30				condroplastia				01			
03- 30 20 30 30				troca de v. de				01			
04- 30 20 30 30				prot. shaver							
05- 30 20 30 30											
06- 30 20 30 30											
07- 30 20 30 30											
08- 30 20 30 30											
09- 30 20 30 30											
10- 30 20 30 30											
11- 30 20 30 30											
12- 30 20 30 30											
<b>Dados da Autorização</b>											
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 Dr. Marcos V. Danielli Ortopedia e Grupo do Joelho CRM/PR 13.734											
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			