

**2 - Nº Guia no Prestador 12345678901234567890**

<b>Dados da Autorização</b>			
<b>39 - Data Provável da Admissão Hospitalar</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<b>40 - Qtde. Diárias Autorizadas</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<b>41 - Tipo da Acomodação Autorizada</b> <div> <div></div> <div></div> </div>	
<b>42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<b>43 - Nome do Hospital / Local Autorizado</b>		<b>44 - Código CNES</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
<b>45 – Observação / Justificativa</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>			
<b>46-Data da Solicitação</b> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<b>47-Assinatura do Profissional Solicitante</b>	<b>48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>	<b>49-Assinatura do Responsável pela Autorização</b>