Unimed Chapecó	**SOLICITAÇÃO DE GUIA PARA AUTORIZAÇÃO** **PLANO DE CONTINGÊNCIA**	**FOR.AUT.0045/00** **Implantação: 04/2024** **Classificação: RESTRITO**

DADOS DO PACIENTE		
Nome do paciente		
Código do cartão		
Validade da carteirinha		
Abrangência		
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE		
Médico solicitante		CRM:
DADOS DA SOLICITAÇÃO / EXAMES E PROCEDIMENTOS SOLICITADOS		
Caráter da solicitação	( ) Eletiva	
	( ) Urgência/Emergência	
Indicação clinica detalhada (obrigatório)		
Código	**Descrição do procedimento**	

_____

Assinatura e carimbo