

<b>1 - Registro ANS</b> 3   4   3   2   6   9		<b>3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora</b>		
<b>4 - Data da Autorização</b>		<b>5 - Senha</b>		
<b>Dados do Beneficiário</b>				
<b>7 - Número da Carteira</b> 0097 0000126131729		<b>8 - Validade da Carteira</b>		
<b>9-Atendimento a RN</b>				
<b>50 - Nome Social</b> aparecido de Jesus Almeida Gomes				
<b>10 - Nome</b>				
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>				
<b>12 - Código na Operadora</b>		<b>13 - Nome do Contratado</b>		
<b>14 - Nome do Profissional Solicitante</b> Cuxor B.C.F. Martins		<b>15 - Conselho Profissional</b>		
		<b>16 - Número no Conselho</b> CRM 22343		
		<b>17 - UF</b>		
		<b>18 - Código CBO</b>		
<b>Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação</b>				
<b>19 - Código na Operadora / CNPJ</b>		<b>20 - Nome do Hospital/Local Solicitado</b> União		
<b>21 - Data sugerida para internação</b>				
<b>22 - Caráter do Atendimento</b> E		<b>23-Tipo de Internação</b>		
<b>24 - Regime de Internação</b>		<b>25 - Qtde. Diárias Solicitadas</b> 04		
<b>26 - Previsão de uso de OPME</b>		<b>27 - Previsão de uso de quimioterápicos</b>		
<b>28 - Indicação Clínica</b> <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">Sequela do acidente representando com lesões de metalúrgico e gnr</div>				
<b>29-CID 10 Principal (Opcional)</b>		<b>30 - CID 10 (2) (Opcional)</b>		
<b>31 - CID 10 (3) (Opcional)</b>		<b>32 - CID 10 (4) (Opcional)</b>		
<b>33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)</b>				
<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-	3022 9181	TTO de Humeró direito	01	
02-	3072 9203	Osteotomia metatarsal	04	
03-	3073 1216	Transfusão de sangue	02	
04-				
05-				
06-				
07-				
08-				
09-				
10-				
11-				
12-				
<b>Dados da Autorização</b>				
<b>39 - Data Provável da Admissão Hospitalar</b>		<b>40 - Qtde. Diárias Autorizadas</b>		<b>41 - Tipo da Acomodação Autorizada</b>
<b>42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado</b>		<b>43 - Nome do Hospital / Local Autorizado</b>		<b>44 - Código CNES</b>
<b>45 - Observação / Justificativa</b>				
<b>46-Data da Solicitação</b>		<b>47-Assinatura do Profissional Solicitante</b>		<b>48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> P.A. Almeida
				<b>49-Assinatura do Responsável pela Autorização</b>