

<b>1 - Registro ANS</b>	<b>3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora</b>	
3   4   3   2   6   9		
<b>4 - Data da Autorização</b>	<b>5 - Senha</b>	<b>6 - Data de Validade da Senha</b>

Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira	117 000000 179 7814	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
50 - Nome Social	Jose Rezende Bonfante		
10 - Nome			

Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora					13 - Nome do Contratado				
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>					<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
14 - Nome do Profissional Solicitante					15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho		
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>					<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
							17 - UF		
							18 - Código CBO		
							<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação						
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado			21 - Data sugerida para internação	
<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> <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> <div></div> <div></div>	
22 - Caráter do Atendimento	23-Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 – Previsão de uso de OPME	27 – Previsão de uso de quimioterápicos	
<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> <div></div>	

28 - Indicação Clínica

Dev + Deformidade Joelho 65x  
S/ melhora q lto clínic.

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)
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut			
01-		Akropolis total					
02-		Ja Guo					
03-							
04-							
05-							
06-							
07-							
08-		Rit pulrose total					
09-		Mach mportals					
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> ____

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação	47-Assinatura do Profissional Solicitante	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>			