

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 / /

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9-Atendimento a RN
00050000003733583		
50 - Nome Social		
Fabiane Paganuci Antiverso Rocha		
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		17 - UF	18 - Código CBO
<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>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<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 <u>União</u>		21 - Data sugerida para internação [][]/[][]/[][][][][][]		
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 [][]	

28 - Indicação Clínica

Des e deformidade Hallux (E)
C, outros

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)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	30729181	T+ 0 Aaluc Voz e Nucleo	01	
02-	30729203	Osteotomia de maxila	01	
03-	30731127	Terapêutica Fonoaudiológica	01	
04-		(interposição)		
05-		Micro lina	01	
06-		agrupamento de memórias	01	
07-				
08-				
09-				
10-				
11-				
12-				

[illegible]

45 - Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação ____/____/____	47-Assinatura do Profissional Solicitante <i>Eduardo...</i>	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>[Assinatura]</i>	49-Assinatura do Responsável pela Autorização <i>[Assinatura]</i>
--	--	---	--