

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuída 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 de RH
10 - Nome Social			
10 - Nome BRUNO OLIVEIRA GOMES			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante DANILLO CAJESIN DE MOLIN		15 - Conselho Profissional 29619	16 - Número do Conselho
17 - UF		18 - Código CBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSP DO COMAR	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caracter do Atendimento U	23 - Tipo de Internação I	24 - Regime da Internação C	25 - Qtd. Dias Solicitados 02
26 - Previsão de uso de CPME		27 - Previsão de uso de Quimioterapia	
28 - Indicação Clínica Ruptura de ligamento do tornozelo			
29 - CID 10 Principal (opcional) S46.2		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	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic.
1- <input type="checkbox"/>	20120010	Exame físico musculares do bicip	01
2- <input type="checkbox"/>	397310119	TENO DESE	01
3- <input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>	20120010	DISPOSITIVO TOXIGENICO	02
8- <input type="checkbox"/>	20120010	AMOLAS MONTADAS	02
9- <input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados de autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtd. Dias Autorizados	41 - Tipo de Acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código C			
45 - Observação / Justificativa			
46 - Data da Solicitação 09/01/23		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>[Assinatura]</i>	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura da Responsável pela Aut.			