

3-4-13-2-6-9		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha	
4 - Data da Autorização		7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho	
17 - UF		18 - Código CBO			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado		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 quimioterapia	
28 - Indicação Clínica					
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-					
02-					
03-	30722489	30722489			
04-		ligamento por via cirúrgica			
05-					
06-					
07-					
08-		01 am com 1 am de Jantar e lanche			
09-		para 1 am de Jantar e lanche			
10-					
11-					
12-					
Dados da Autorização					
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas		41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa					

IVANILDO AFONSO FERREIRA

02/01/24