

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		6 - Data de Validade da Senha	
4 - Data da Autorização		5 - Senha			
Dados do Beneficiário		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN	
7 - Número da Carteira					
10 - Nome <i>Luiz Afonso dos Santos</i>		11 - Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado <i>ITEL</i>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Dr. Everaldo Pedroso F.</i>		15 - Conselho Profissional <i>CRM 113 23237</i>		17 - UF	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado		21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter do Atendimento <i>E</i>	23 - Tipo de Internação <i>H</i>	24 - Regime de Internação <i>C</i>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>01</i>	26 - Previsão de uso de OPME <i>2</i>	27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica <i>Portador de ARI com deformidade progressiva de dedos dos pés.</i>					
29 - CID 10 Principal (Opcional) <i>M20</i>		30 - CID 10 (2) (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	<i>3072920-3</i>	<i>Osteotomia de metatarso</i>		<i>06</i>	
02		<i>2, 3 e 4 bilaterais</i>			
03	<i>3073112-7</i>	<i>Capsuloplasia de 3 b.l.h.</i>		<i>03</i>	
04		<i>na</i>			
05					
06		<i>OPM - Amarração m. plantar 2.7</i>		<i>02</i>	
07		<i>Lamina de microscopia</i>		<i>01</i>	
08					
09					
10					
11					
12					
Dados de Autorização					
39 - Data Provável de 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					
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Everaldo</i>		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	