

1 - Registro ANS		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			
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Alu Teodoro Pires			
Dados do Contratado Solicitante			
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
Dados do Hospital /Local Solicitado/ Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	
		União	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
E	C	H	03
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
S			
28 - Indicação Clínica			
Por + deformidade em varo			
como dir			
29 - CID 10 Principal			
30 - CID 10 (2)			
31 - CID 10 (3)			
32 - CID 10 (4)			
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
01 -	30426034	Ata para loto	
02 -		Jogo	
03 -			
04 -			
05 -			
06 -			
07 -			
08 -			
09 -			
10 -			
11 -			
12 -			
38 - Qtde Aut			
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	
		Zimmer	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz	* Rosane Francis
		Ortopedia e Traumatologia	
		CRM: 17905	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	