

Prestador

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		2 - Nome do Paciente Nelson	
4 - Data da Autorização / /		5 - Senha / / / / / / / /		6 - Data de Validade da Senha / / / / / / / /	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira 005 000 00 149 549 50		8 - Validade da Carteira / / / / / / / /		9 - Atendimento a RN / / / / / / / /	
10 - Nome Alex C. Boleiro		11 - Cartão Nacional de Saúde / / / / / / / /			
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 E		23 - Tipo de Internação 4		24 - Regime de Internação C	
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01		26 - Previsão de uso de OPME 5		27 - Previsão de uso de quimioterápico / / / / / / / /	
28 - Indicação Clínica Acervo de João de Deus Herica de Jesus Herica de Jesus Herica de Jesus					
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			
1				Reconstrução Cir. Caudal	
2				Ampliação de Caudal	
3				Osteomielite	
4					
5					
6					
7					
8					
9				entobulfer	
10				p. interferon	
11				Biotransmud	
12				Laminar	
13				Shower	
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					
Dados da Autorização					
Data Provável da Admissão Hospitalar / /		40 - Qtde. Diárias Autorizadas / /		41 - Tipo da Acomodação Autorizada / /	
Código na Operadora / CNPJ autorizado / / / / / / / /		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado / / / / / / / /		44 - Código CNES / / / / / / / /	
45 - Observação / Justificativa Dr					