

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>0943000015201883</b>		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento de RN			
10 - Nome Social			
10 - Nome <b>Ismael Apoluciano Rodrigues</b>			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Lucas Borghi</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>26921</b>
17 - UF <b>PR</b>			
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Samuel de Brito</b>	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento <b>eleito</b>	23 - Tipo de Internação <b>clínica</b>	24 - Regime de Internação <b>CC</b>	25 - Qtd. Diárias Solicitadas <b>02</b>
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica  <b>Ret de placas e Rachaduras. Melhorando</b>			
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 de Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic.
1- <input type="checkbox"/>	3013370	Contato base test crânio	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	3013370	Contato base test crânio	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	3013370	Contato base test crânio	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	3013370	Contato base test crânio	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	3013370	Contato base test crânio	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data provável de Admissão hospitalar <b>25/04</b>		40 - Qtd Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa  <b>Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921</b> <b>matheus Rodrigues</b>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	