

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 	
4 - Data da Autorização 		5 - Senha 	
6 - Data de Validade da Senha 			
<b>Dados do Beneficiário</b>			
7 - Número da Carteira <b>1000500006400729511</b>		8 - Validade da Carteira <b>10/10/2024</b>	
9 - Atendimento a RN <b>IN</b>		10 - Nome <b>Edna Aparecida</b>	
11 - Cartão Nacional de Saúde 		12 - Código na Operadora 	
13 - Nome do Contratado <b>Unimed</b>		14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Cecilia Martins</b>	
15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		16 - Número no Conselho <b>22343</b>	
17 - UF <b>PR</b>		18 - Código CBO 	
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>			
19 - Código na Operadora / CNPJ 		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Unimed</b>	
21 - Data sugerida para internação 		22 - Caráter do Atendimento <b>(U)</b>	
23 - Tipo de Internação <b>U</b>		24 - Regime de Internação <b>U</b>	
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>100</b>		26 - Previsão de uso de OPME <b>IN</b>	
27 - Previsão de uso de quimioterápico 		28 - Indicação Clínica <b>Os operat. recente de Reconstrução hormones com desenhos de Ferido</b>	
29 - CID 10 Principal (Opcional) <b>M029</b>		30 - CID 10 (2) (Opcional) <b>Z988</b>	
31 - CID 10 (3) (Opcional) 		32 - CID 10 (4) (Opcional) 	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 			
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic
01- <b>30</b>	<b>101784</b>	<b>Resutino de li</b>	<b>(01)</b>
02-			
03-			
04-			
05-			
06-			
07-			
08-			
09-			
10-			
11-			
12-			
<b>Dados da Autorização</b>			
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 			
46 - Data da Solicitação 		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>[Assinatura]</b>	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	