

1 - Registro ANS 343269		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 0865001617169007		9 - Atendimento de RN	
50 - Nome Social			
10 - Nome Felipe Alves Pereira			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional Cem	16 - Número do Conselho 26821
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelina Bond	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caracter do Atendimento eletrônico	23 - Tipo de Internação Cirurgia	24 - Regime de Internação CIURG	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica vide endoscopia jejuno duodeno.			
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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	30733043	Endoscopia	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30733085	Endoscopia	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	30733103	Endoscopia	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<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 da Admissão hospitalar 18/12		40 - Qtde 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921</div> <div>Matheus</div> </div>			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização