

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		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome Ana Paula Rosa		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 Univert	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica fratura de tornozelo 2 dedos mindesman + Abertura do pé direito (lesão do tendão)			
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
01-	30734045	atrocando plastico	18
02-	30734053	Refratorante ligamto	28
03-	30728126	fratura tornozelo	18
04-	30732026	Graveto Omo	18
05-			
06-		1 Show.	
07-		1 Placa metalica lateral + tornoz	
08-		1 Zip high.	
09-		1 oncora 3.5	
10-		- Graveto Omo	
11-			
12-			
38 - Qtde Aut			
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diarias 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	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	