

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9	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 IRENE de RAIVA BONDREAN		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 	21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação E	24 - Regime de Internação E
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 05	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico N

28 - Indicação Clínica paciente com impacto e lesão da mandíbula do ambos den.
--

29 - CID 10 Principal (Opcional) K75.9	30 - CID 10 (2) (Opcional) K75.9	31 - CID 10 (3) (Opcional) 	32 - CID 10 (4) (Opcional) 	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
---	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---

Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	307.350.3.3	Mola p. acuriação plástica		
02	307.350.6.8	Mola p. reparação mandíbula		
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				

Dados de Autorização		
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 		