

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

032 000 00 7196 9632

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

marcelo rodrygo comino

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

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

1

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterapia

28 - Indicação Clínica

por no possível dnto.  
respiração magenta muito leve  
do laboratório

29 - CID 10 Principal (Opcional)

m25.5

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	38 - Qtde Aut
01	30738040	tratar de doç pelo furo de audito		
02	30738059	condioplastia com stent de metal		
03				
04		lençim de Shuang patu molar	01	
05		lençim de Shuang patu molar	01	
06		lençim de Shuang patu molar	01	
07		lençim de Shuang patu molar	01	
08		lençim de Shuang patu molar	01	
09		lençim de Shuang patu molar	03	
10		lençim de Shuang patu molar	02	
11				
12				

**Dados da 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

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Mauricio R. Miyasaki  
CRM 24650

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

marcelo rodrygo comino

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização