

1 - Registro ANS 352501		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 (sim ou não)													
10 - Nome MAIONEI LATA SILVEIRA				11 - Cartão Nacional de Saúde													
Dados do Contratado Solicitante																	
12 - Código na Operadora 41807		13 - Nome do Contrato Dr. Marcelo Zanini Corrêa															
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho 16255		17 - UF		18 - Código CBO									
Dados do Hospital/Local Solicitado/Dados da Internação																	
19 - Código na Operadora/CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado HOSPITAL MOINHOS DE VENTO				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 nasal causando afundamento do osso próprio lado direito e desvio septal. Lateralização URGÊNCIA Ambulatorial																	
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		38 - Qtde Aut							
01- 30501350				Rinossinectomia				01									
02-																	
03-																	
04-																	
05-																	
06-																	
07-																	
08-																	
09-																	
10-																	
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 24.02.2025												47 - Assinatura do Solicitante Marcelo Zanini Corrêa Otorrinolaringologista CRM: 16255		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	