

1 - Registro ANS 352501		3 - Número da guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Carteira	
8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RM (sim ou não)	
10 - Nome MAIONEI LISA SILVEIRA		11 - Cartão Nacional de Saúde	
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	
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 - Qtd. Diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME	
27 - Previsão de uso de quimioterapia		28 - Indicação Clínica Fratura nasal causando afundamento do osso próprio lado direito e desvio septal. Lateralização URGÊNCIA Ambulatório	
29 - CID 10 Principal (obrigatório)		30 - CID 10 (2) (opcionais)	31 - CID 10 (3) (opcionais)
32 - CID 10 (4) (opcionais)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Bens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtd Solic
01	30501350	Protoplastia	01
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
38 - Qtd Aut			
39 - Data Prevista da Admissão Hospitalar			
40 - Qtd. 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	
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			