

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	

** Infelizmente*

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000009830009	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome Adriana C. Gbete

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 26921	17 - UF PR	18 - Código CBO
--	--	---	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hospital Evangélico	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento curativa	23 - Tipo de Internação CRUQ	24 - Regime de Internação diária	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	--	--	---	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica Robora complexa no corno posterior. e corpo do nervo raquidiano com fragmentos.
--

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			37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1- <input type="checkbox"/>	307.300.05	Supr. membro.	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	307.330.01	Osteocondroplastia	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	307.340.03	Releste de ligamento	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		Trat de wado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	307.311.09	Temporização	01	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Capa de wado	01	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Curativo de 2º e 3º graus	01	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Tratamento de Salom	01	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Reclusão de ferida	01	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Parafusos de fixação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		Alcôncos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização	
39 - Data provável de Admissão hospitalar 13/05/2024	40 - Qtde 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 Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921 matheus netun
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---