

1 - Registro ANS <b>343269</b>	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 <b>00051648783</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
--	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome **Ana Lucia do Silva Bezerra**

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Lucas Borghi</b>	15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>
16 - Número do Conselho <b>26921</b>	17 - UF
18 - Código CBO	

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Luizangelio Bonadina</b>	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento <b>Ativo</b>	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação <b>OS</b>
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>10</b>	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

**vide anexo copia do laudo clínico.**

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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	301150002	Rep. Sist. Nerv. Sup.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	301150002	OTORRINOLARINGOLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	301150002	SINOVECTOMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		Tr de w. de W.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		BOA OLFATÓRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		BOA OLFATÓRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		BOA OLFATÓRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		BOA OLFATÓRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		BOA OLFATÓRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		BOA OLFATÓRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>		BOA OLFATÓRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dados da autorização**

39 - Data provável de Admissão hospitalar <b>16/10/2023</b>	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**  
**Assinatura**

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