

| | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| 1 - Registro ANS 326755 | | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000 | |
| 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 | | | |
| 50 - Nome Social | | | |
| 10 - Nome Elizabeth Maria da Silva Naze | | | |
| 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 2521 PD |
| 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 - Caracter de 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 Paciente com rotas no unies de de de de alguém com cardiopatia. Dr. Ciro. | | | |
| 29 - CID10 Principal (opcional) | | 30 - CID10(2) (opcional) | |
| 31 - CID10(3) (opcional) | | 32 - CID10(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. |
| 1- <input type="checkbox"/> | 3000000000 | Trat. de melhora | OK |
| 2- <input type="checkbox"/> | 3000000000 | Trat. de melhora | OK |
| 3- <input type="checkbox"/> | | Trat. de melhora | OK |
| 4- <input type="checkbox"/> | | | OK |
| 5- <input type="checkbox"/> | | | OK |
| 6- <input type="checkbox"/> | | | OK |
| 7- <input type="checkbox"/> | | | OK |
| 8- <input type="checkbox"/> | | | OK |
| 9- <input type="checkbox"/> | | | OK |
| 10- <input type="checkbox"/> | | | OK |
| 11- <input type="checkbox"/> | | | OK |
| 12- <input type="checkbox"/> | | | OK |
| Dados da autorização | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 29/01/2024 | | 40 - Qtde Diárias Autorizadas | |
| 41 - Tipo da acomodação autorizada | | 44 - Código CNES | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | |
| 45 - Observação / Justificativa Razão Sintoma Exatidão. Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921 Material Sintoma | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | |
| 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | |