

| | | | |
|--|--|---|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | | 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 08650004173990001 | | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN |
| 50 - | | | |
| 10 - Nome Isabel Cristine do Santos | | | |
| 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 Evangelino | |
| 21 - Data sugerida para internação | | | |
| 22 - Caracter do Atendimento clínico | 23 - Tipo de Internação curativo | 24 - Regime de Internação Ord | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas |
| 26 - Previsão de uso de OPME | | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico | |
| 28 - Indicação Clínica Paciente com Paraparesia uniaxial com coarctação no segmento T12/L1 com dor radicular no membro inferior. | | | |
| 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. |
| 1- <input type="checkbox"/> | | Exame de neurologia | <input type="checkbox"/> |
| 2- <input type="checkbox"/> | | Exame de fisioterapia | <input type="checkbox"/> |
| 3- <input type="checkbox"/> | | Exame de radiologia | <input type="checkbox"/> |
| 4- <input type="checkbox"/> | | Exame de ultrassom | <input type="checkbox"/> |
| 5- <input type="checkbox"/> | | Exame de tomografia | <input type="checkbox"/> |
| 6- <input type="checkbox"/> | | Exame de ressonância | <input type="checkbox"/> |
| 7- <input type="checkbox"/> | | Exame de eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> |
| 8- <input type="checkbox"/> | | Exame de eletroencefalograma | <input type="checkbox"/> |
| 9- <input type="checkbox"/> | | Exame de eletromiografia | <input type="checkbox"/> |
| 10- <input type="checkbox"/> | | Exame de ultrassom Doppler | <input type="checkbox"/> |
| 11- <input type="checkbox"/> | | Exame de ultrassom de vasos | <input type="checkbox"/> |
| 12- <input type="checkbox"/> | | Exame de ultrassom de abdome | <input type="checkbox"/> |
| 38 - Qtde. Aut. | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 19/08/24 | | | |
| 40 - Qtde Diárias Autorizadas | | 41 - Tipo de Acomodação autorizada | |
| 42 - Código da Operadora / CNPJ autorizado | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | |
| 44 - Código CNES | | | |
| 45 - Observação / Justificativa material ortopédico | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | |
| 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | |

Dr. Lucas Borghi
CRM-PR 26.921