

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 Ana claudia barbosa			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional CRM	
16 - Número do Conselho 26.921		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 Evangelico Barão	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter de Atendimento Ativo		23 - Tipo de Internação 02	
24 - Regime de internação CIRURGIA		25 - Qtde. diárias Solicitadas	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica paciente com luxação de ombro direito, solicitamos vídeo com osteocoma. / Lx.			
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"/>	3073305	Procedimento de	01
2- <input type="checkbox"/>	3073305	osteocoma de ombro	01
3- <input type="checkbox"/>	3073305	ressecção de ombro	01
4- <input type="checkbox"/>		ty de vídeo	
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>		bonina de saúde	01
9- <input type="checkbox"/>		para de vídeo	01
10- <input type="checkbox"/>		exatidão de vídeo	01
11- <input type="checkbox"/>		no ato de questionar	
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 20/11/2023		40 - Qtde Diárias Autorizadas	
41 - Tipo da acomodação autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa Paciente / Exatidão solicitada material retirado			
46 - Data da Solicitação 29/11/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	