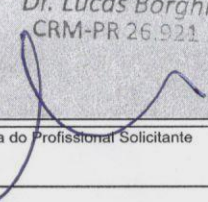
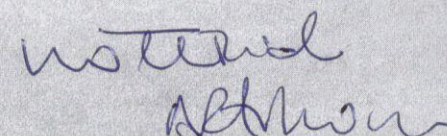


1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 472394		8 - Validade da Carteira	
		9 - Atendimento a RN	
50 - Nome Social			
10 - Nome Lucimaria Custódio da S das Santos			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional 26821	16 - Número do Conselho CRM
		17 - UF	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelho Londerito	
		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter de Atendimento eleito	23 - Tipo de Internação gêrce	24 - Regime de internação SB	25 - Qtde. diárias Solicitadas
			26 - Previsão de uso de OPME
			27 - Previsão de uso de Quimioterapia
28 - Indicação Clínica paciente com afilamento e irregularidade do ritmo cardíaco do zolho esquerdo			
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"/>	<input type="checkbox"/>	pip. unissu	24
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	teste de fôlego	24
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	teste de respiração	24
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tp de urina	
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medicação	
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	serviço de emergência	
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	exame de urina	
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	exame de urina	
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 01/04/2024		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 <div style="text-align: center;">Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921</div>  <div style="text-align: right;">notar </div>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	