

Vision Infliximab

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		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome <i>Elcio Ferreira do Rocha</i>			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Lucas Borghi</i>		15 - Conselho Profissional <i>CRM</i>	16 - Número do Conselho <i>26924</i>
17 - UF <i>P.R.</i>		18 - Código CBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Unimed de Londrina</i>	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento <i>clínico</i>	23 - Tipo de Internação <i>amb</i>	24 - Regime de Internação <i>OD</i>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica <i>Paciente com miiose maculosa do sensorial, com ruptura maculosa com exudatos patológicos grau III focaliza dist.</i>			
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"/>	30732013	Exat	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30733905	Exat	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	30733049	Exat	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		Exat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	30731216	Exat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Exat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Exat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Exat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Exat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Exat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		Exat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>		Exat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <i>08/01/2024</i>		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 <i>morte real</i>			
46 - Data da Solicitação <i>08/11/2023</i>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Lucas Borghi</i>	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização