

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 **Elisone COSTA**

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante Lawrence Borghini	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 26221	17 - UF P.R.	18 - Código CBO
---	--	---	------------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hospital São João	21 - Data sugerida para internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento eletrônico	23 - Tipo de Internação ambulatorial	24 - Regime de Internação ambulatorial	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	--	--	---	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica

Paciente com história complexa de meninges medulares e condroblastoma no condilo femoral do membro superior direito articular com sinais de shunt. Indicação para tratamento cirúrgico.

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"/>	307330045	Rup meninges	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	307330045	Osteoscopia	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		Surgimento	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		Tx de video	01	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			01	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Remoção de shunt		<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Copa de vidro		<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Grupos de Soro		<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		vacina pneumocócica		<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 30/01/2023	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

matéria de Artrite

Dr. Lucas Borghi
CRM 10.000

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---