

03559605925

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
Regina Cilve Gonçalves de Souza

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
P.R.

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado
Evangelina Bonfina

21 - Data sugerida para Internação

22 - Caráter do Atendimento
Electivo

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação
Cirúrgico

25 - Qtde. Diárias Solicitadas
02

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica
Paciente com fratura complexa na tórax entre o corpo e o esterno posterior com pequena fratura fêmur com fratura do osso meado e com no fêmur direito.

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"/>	30733055	Red. Sot. membros	02	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30733055	O. Sot. membros	02	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	30733055	Red. Sot. membros	02	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		Tr. de waco		
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>		Exame de waco	02	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Exame de waco	02	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Exame de waco	02	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Exame de waco	02	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar
22/09/2023

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
material ortopédico

46 - Data da Solicitação
22/09/23

47 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização