

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 00500000533787		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Social			
10 - Nome mauro alexsander Sanchez			

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 PR		18 - Código CBO	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelho Lacerda		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caracter de Atendimento Urgente	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação amb	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica Paciente com dor e diminuição de mobilidade Extremidade inferior. Exposição de material.					
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"/>	301200010	cateterismo	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	301200020	cateterismo	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	301200022	cateterismo	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	301200022	cateterismo	01	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>				
9- <input type="checkbox"/>				
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data prevista de Admissão hospitalar 30/07/2024		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			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Lucas Borghi
CRM-PR 26.921