

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 005000002737429	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		

10 - Nome Conceição I. de Souza Filho

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

14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 26321	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 Evangelico Soudalino	21 - Data sugerida para Internação

22 - Caracter do Atendimento Urgente	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	-------------------------	---------------------------	--------------------------------	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica Atendimento durante o sinais sintoma neuropatia grau III todos os membros.

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			37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Release fático	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intensificação	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sup. Unificada	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trx de Wido		<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exame de Sonda		<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exame de Sonda		<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exame de Sonda		<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exame de Sonda		<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exame de Sonda		<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exame de Sonda		<input type="checkbox"/>

Dados da autorização		
39 - Data provável de Admissão hospitalar 01/07/2024	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 Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921			
--	--	--	--

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