

Joello gosa

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 Magali Regina de Souza Marin			
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 20851 PR
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caracter de Atendimento eleutivo	23 - Tipo de Internação cirurg	24 - Regime de Internação	25 - Qtd. Diárias Solicitadas 02
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Retorno complexo e aspecto murchado do corpo anterior do umbigo lateral de dor no hipocondrio, com sinais sintomáticos.			
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 de Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic.
1- <input type="checkbox"/>	30130007	Rep. Sut. minia	01
2- <input type="checkbox"/>	30130007	Sut. cor. de pontos	01
3- <input type="checkbox"/>		Exat. de	
4- <input type="checkbox"/>		Exat. de	
5- <input type="checkbox"/>		Exat. de	
6- <input type="checkbox"/>		Exat. de	
7- <input type="checkbox"/>		Exat. de	
8- <input type="checkbox"/>		Exat. de	
9- <input type="checkbox"/>		Exat. de	
10- <input type="checkbox"/>		Exat. de	
11- <input type="checkbox"/>		Exat. de	
12- <input type="checkbox"/>		Exat. de	
Dados da autorização			
39 - Data provável de Admissão hospitalar 25/03/2014		40 - Qtd. 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 mot. p. l. AD-PR			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	