

1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 291699		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN	
50 - Nome Social					
10 - Nome Michael Rizzato de Souza					

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional 26921		16 - Número do Conselho Cem.	
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 Sociedade Beneficente		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caracter de Atendimento Atendimento		23 - Tipo de Internação Internação		24 - Regime de internação Semi-Alimentar	
25 - Qtde. diárias Solicitadas 02		26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Paciente com lesão na medula ossa com dor intensa no membro direito da perna.					

29 - CID10 Principal (opcional)		30 - CID10(2) (opcional)		31 - CID10(3) (opcional)		32 - CID10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
---------------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	---	--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1-		Osteotomia de correção.	
2-		Surgimento de úlcera.	
3-		Tratamento de úlcera.	
4-			
5-			
6-		Exame de sangue.	
7-		Exame de sangue.	
8-		Exame de sangue.	
9-		Exame de sangue.	
10-		Exame de sangue.	
11-		Exame de sangue.	
12-		Exame de sangue.	

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 06/11/2023		40 - Qtde Diárias Autorizadas		41 - Tipo da 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 material AD-Prémio					

46 - Data da Solicitação 05/10/23		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
--------------------------------------	--	---	--	--	--	---	--