

Continuando
Sus
93862257

Urgente

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 <i>Paulo Antonio da Silva</i>
--

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

14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Carlos Carneiro</i>	15 - Conselho Profissional <i>CRM</i>	16 - Número do Conselho <i>25716</i>	17 - UF <i>P.R.</i>	18 - Código CBO
---	--	---	------------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		21 - Data sugerida para internação
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Guarapuava</i>	

22 - Caráter do Atendimento <i>eleit</i>	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação <i>fixo</i>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>02</i>	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------	--	---	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica <i>de 555 mangueito. ressecar aorta JSG.</i>
--

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"/>	30133508	Rep. do mangueito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Arterio Pex R.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização		
39 - Data provável da Admissão hospitalar <i>22/02</i>	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 <i>materiel retorn</i>

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Carlos Carneiro</i> Médico CRM-PR 29.716	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	--	--	---