

| | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| 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 | | 8 - Validade da Carteira | |
| | | 9 - Atendimento a RN | |
| 50 - Nome Social | | | |
| 10 - Nome Paulo R. Ramos | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 13 - Nome do Contratado | |
| | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghini | | 15 - Conselho Profissional 26921 | |
| | | 16 - Número do Conselho CRM | |
| | | 17 - UF P.R. | |
| | | 18 - Código CBO | |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ | | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelico Bonafina | |
| | | 21 - Data sugerida para Internação | |
| 22 - Caráter de Atendimento eleito | | 23 - Tipo de Internação | |
| | | 24 - Regime de internação curar | |
| 25 - Qtde. diárias Solicitadas 02 | | 26 - Previsão de uso de OPME | |
| | | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico | |
| 28 - Indicação Clínica Robor horizontal completo do membro medial do joelho direito. | | | |
| 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- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| 2- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| 3- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| 4- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| 5- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| 6- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| 7- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| 8- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| 9- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| 10- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| 11- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| 12- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dist. membro | 04 |
| Dados da autorização | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 25/07/24 | | 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 material ortopédico | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | | |
| 47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghini | | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | |
| | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | |