

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 **Raul Teixeira Alves de Mello**

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 26921	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 Evangelina Borbino	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caracter do Atendimento Eletrônico	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação Curativo
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

**POs op. de c. segmento cruzeiro
doe. esquerda.**

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 do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	305300601	Rep. de um membro.	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	305300701	Rep. de 2 membros.	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	305300801	Rep. de 3 membros.	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	305300901	Rep. de 4 membros.	01	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	305301001	Rep. de 5 membros.	01	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	305301101	Rep. de 6 membros.	01	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	305301201	Rep. de 7 membros.	01	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	305301301	Rep. de 8 membros.	01	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	305301401	Rep. de 9 membros.	01	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	305301501	Rep. de 10 membros.	01	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	305301601	Rep. de 11 membros.	01	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	305301701	Rep. de 12 membros.	01	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 30/08/23	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

sem material

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Lucas Borghi CRM PR 26.921	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	--	--	---