

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>Beatriz M. de Aguiar</b>			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. Lucas Borghi</b>	15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>28521</b>	17 - UF <b>PR</b>
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Hospital Bomfim</b>	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caracter do Atendimento <b>Intern</b>	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação <b>Diário</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>32</b>
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica <b>motora de membros inferiores</b>			
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"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2- <input type="checkbox"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12- <input type="checkbox"/>	30333	Exame físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>23/05/2024</b>		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 <div style="text-align: center;"> <p><b>Dr. Lucas Borghi</b> CRM-PR 26.921</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> </div> <div style="text-align: right;"> <p><b>Assessoria</b> <i>[Assinatura]</i></p> </div>			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização