

| | | | |
|---|-----------------------------|--|---|
| 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 Claudete Banger | | | |
| 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 26321 |
| | | 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 Evangelico Paranaense | |
| 21 - Data sugerida para internação | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento eleto | 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 Video. Cir. do Bocker com bypassamento. Somente de video. Cirurgia videotubular. | | | |
| 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"/> | 304330192 | Res. menisco | 01 <input type="checkbox"/> |
| 2- <input type="checkbox"/> | 307330192 | Exat. endoscópica | 01 <input type="checkbox"/> |
| 3- <input type="checkbox"/> | | Tx de video. | <input type="checkbox"/> |
| 4- <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| 5- <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| 6- <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| 7- <input type="checkbox"/> | | Exat. de video | 01 <input type="checkbox"/> |
| 8- <input type="checkbox"/> | | Exat. de video | 01 <input type="checkbox"/> |
| 9- <input type="checkbox"/> | | Exat. de video | 01 <input type="checkbox"/> |
| 10- <input type="checkbox"/> | | Exat. de video | 01 <input type="checkbox"/> |
| 11- <input type="checkbox"/> | | Exat. de video | 01 <input type="checkbox"/> |
| 12- <input type="checkbox"/> | | Exat. de video | 01 <input type="checkbox"/> |
| Dados da autorização | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 28/03/2024 | | 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 Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921 material interno. | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
| | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | |