

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 <b>000244322, 00056012</b>		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome <b>Adriane C. Belo</b>			

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Lucas Borghi</b>		15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>26921</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>Evangelico Sorocaba</b>		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento <b>eletrônico</b>	23 - Tipo de Internação <b>curativo</b>	24 - Regime de Internação <b>02</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica  <b>Rotura de unguis lateral ao polo direito. Fissuras profundas</b>					

29 - CID 10 Principal (opcional) <b>M. 23.2</b>	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"/>	30.10.03.00	Redução de unguis lateral	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30.10.03.01	Redução de unguis lateral	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	30.10.03.02	Redução de unguis lateral	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		Tratamento de unguis		
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>				
9- <input type="checkbox"/>				
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>26/08/24</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

**Dr. Lucas Borghi**  
CRM-PR 26.921

**material de unguis**

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---