

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
João F. de Oliveira, Gedeão

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
--------------------------	--	-------------------------	--

14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borge		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número do Conselho 20521		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 Exemplar Hospital		21 - Data sugerida para Internação	
---------------------------------	--	--	--	------------------------------------	--

22 - Tipo de Internação Externa		23 - Tipo de Internação Externa		24 - Número de diárias solicitadas 02		25 - Previsão de uso de OPME		26 - Previsão de uso de Quimioterápico	
---	--	---	--	---	--	------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica
neoplasia de mama direita, com metástase de f. acantosa. 20/05/2024

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-	30720.034	Cirurgia total fêmur		
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável de Admissão hospitalar 20/05/2024		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 Neturan
Dr. Lucas Borge CRM-PR 26.921
Zimmer

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