

Guia 7748155

Pre
mat.
thop

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 451372	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN	
50 - Nome Social JOVANNI SILVA PEREIRA	
10 - Nome	

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi	15 - Conselho Profissional CRM
16 - Número do Conselho 26321	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 HOSPITAL BOM JESUS
21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter de Atendimento eletr.	23 - Tipo de Internação
24 - Regime de internação amb.	25 - Qtde. diárias Solicitadas 02
26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica Fraturas anclavazotic Natura lesões expostas	

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			37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item assistencial	36 - Descrição		
1- <input type="checkbox"/>	301331473	Exame físico completo	01	01
2- <input type="checkbox"/>	301331475	Exame físico	01	01
3- <input type="checkbox"/>	301331476	Exame físico	01	01
4- <input type="checkbox"/>	301331477	Exame físico	01	01
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 30/06/2024	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 Dr. Lucas Borghi CRM-P.R. 26321 Motivado Articular			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização