

| | | | |
|-----------------------------------|-----------|---|--|
| 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 **Geni Bopo da Silva Sobeti**

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 26921 | 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 Evangelico Bandeira | 21 - Data sugerida para Internação |
|---------------------------------|--|------------------------------------|

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|------------------------------|--|
| 22 - Caráter do Atendimento eleitivo | 23 - Tipo de Internação CIQUI | 24 - Regime de Internação CC | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas | 26 - Previsão de uso de OPME | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico |
|--|---|--|--------------------------------|------------------------------|--|

28 - Indicação Clínica

**notura multiparam de
tórax. entre corpo e
o corpo posterior de
surgido.**

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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"/> | 30133005 | wp. meningeo | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 2- <input type="checkbox"/> | 30133005 | osteocartilaginoso | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 3- <input type="checkbox"/> | 30133011 | temporário | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 4- <input type="checkbox"/> | | to de video | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 5- <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 6- <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 7- <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 8- <input type="checkbox"/> | | baropneumonia | | <input type="checkbox"/> |
| 9- <input type="checkbox"/> | | capo de video | | <input type="checkbox"/> |
| 10- <input type="checkbox"/> | | grupo de 50g/min | | <input type="checkbox"/> |
| 11- <input type="checkbox"/> | | banho de soro | | <input type="checkbox"/> |
| 12- <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |

Dados da autorização

| | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 22/05/2024 | 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**

materiais notura

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