

Guia 723.9775

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			
10 - Nome <i>Sandra Maria da Silva</i>			11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Lucas Borghi</i>		15 - Conselho Profissional <i>CRM</i>	16 - Número do Conselho <i>26921</i>
		17 - UF <i>PR</i>	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Evangelico Bom Jesus</i>	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caracter de Atendimento <i>eletivo</i>	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de internação <i>cirurgico</i>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <i>02</i>
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterapia	
28 - Indicação Clínica <i>Paciente com sinais de lesões de alto grau no parênquima do fígado devido com lesões osteocondrais e condroplastia femoropatelar grau II. Joints preservados.</i>			
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- <input type="checkbox"/>	<i>30733073</i>	<i>Rec. Rot. Ref. do liq. pleural.</i>	<i>02</i>
2- <input type="checkbox"/>	<i>30733249</i>	<i>o fígado condroplastia</i>	<i>02</i>
3- <input type="checkbox"/>	<i>30733115</i>	<i>Terapia de choque de ondas</i>	<i>02</i>
4- <input type="checkbox"/>		<i>Tip de m. de</i>	
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>		<i>Proteção de fígado</i>	<i>02</i>
9- <input type="checkbox"/>		<i>Tratamento de fígado</i>	<i>02</i>
10- <input type="checkbox"/>		<i>Proteção de fígado</i>	<i>02</i>
11- <input type="checkbox"/>		<i>Tratamento de fígado</i>	<i>02</i>
12- <input type="checkbox"/>		<i>Exatidão de Soro e Urina</i>	<i>02</i>
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <i>28/08/2023</i>		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 <i>exame de fígado proteção de fígado material de exatidão</i>			
Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921			
46 - Data da Solicitação <i>25/07/2023</i>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	