

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>0865100 909527069</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>Maria G. Martins de Jesus</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>P.R.</b>
18 - Código CBO			

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Evangélico Hosp.</b>	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento <b>eleito</b>	23 - Tipo de Internação <b>cirurgia</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>Síndrome Rotunda completa do segmento do olho esquerdo.</b>		

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"/>	39133073	bio-óptico	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30791119	tenoplastia	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		de vidro	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	30731216	transp. mais de 1 tempo	01	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>		boninho de silicone		<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		capo de vidro		<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		coluna de silicone		<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		rodízio		<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		rodízio		<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Kit sut. premium		<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		preços inter biotek		<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>09/09/2024</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

**matheus** **Netheon**

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