

6968484

Urgente

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		8 - Validade da Carteira	
7 - Número da Carteira		9 - Atendimento a RN	
10 - Nome Guzia Pedro de Alcantara		11 - Cartão Nacional de Saúde	
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 PR	
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hospital Bom Jardim	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter de Atendimento Urgente		23 - Tipo de Internação Cirurgia	
24 - Regime de internação S21		25 - Qtde. diárias Solicitadas 021	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Rotura complexa do ligamento cruzado anterior e microimplantes com sinais de sangramento e contusão. Rotura grave no joelho direito.			
29 - CID10 Principal (opcional) M23.21		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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	30133065	Rep. Sot. hup. 80	04
2- <input type="checkbox"/>	30133065	Osteocon. 000000000000	04
3- <input type="checkbox"/>	30133065	Sinovectomia	04
4- <input type="checkbox"/>		Tip. de U. 000000000000	
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 23/02/23		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 de troca Rozek ou Exame Submenal			
46 - Data da Solicitação 13/02/23		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	