

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000000000000</b>	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário		9 - Atendimento a RN	
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	
50 - Nome Social			
10 - Nome <b>Almeida Grislaine do Silva</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>PR</b>	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Acungelino Bonafina</b>	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter de Atendimento <b>eleito</b>	23 - Tipo de Internação <b>curativa</b>	24 - Regime de internação <b>ao</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica <b>lesão em bexiga bolha amplexa no ligamento. bolha estendida.</b>			
29 - CID10 Principal (opcional) <b>M.23.5</b>		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"/>	30133005	Deo	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30133011	Penicilina	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	30133013	Rsp. Intravenoso	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	30133014	Suporte de oxigenação	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	30133016	Rsp. intravenoso	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		plasma fresco	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		plasma fresco	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		plasma fresco	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		plasma fresco	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		plasma fresco	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		plasma fresco	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>		plasma fresco	<input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>08/09/2023</b>		40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo da acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNE			
45 - Observação / Justificativa			
<p style="text-align: center;">Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921</p> <p style="text-align: right;"><i>matheus</i> <i>sethkan</i></p>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	