

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	
------------------------	--	--------------------------	--	----------------------	--

50 - Nome Social

10 - Nome
Allessandro Santos

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
--------------------------	--	-------------------------	--

14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional CDU		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 Franciscas Bonifacio		21 - Data sugerida para Internação	
---------------------------------	--	---	--	------------------------------------	--

22 - Caráter de Atendimento fixo		23 - Tipo de Internação		24 - Regime de internação clínico		25 - Qtde. diárias Solicitadas 22		26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
--	--	-------------------------	--	---	--	---	--	------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica
**USO de alto grau de dor.
com condopresolololol
alívio.**

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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	30.13.3.1.5	Rep. Sot. de unificação.		
2- <input type="checkbox"/>	30.13.3.1.5	Observatório.		
3- <input type="checkbox"/>	30.13.3.1.5	Temporário.		
4- <input type="checkbox"/>	30.13.3.1.5	Rec. Eco.		
5- <input type="checkbox"/>	30.13.3.1.5	Tratamento de tendões.		
6- <input type="checkbox"/>	30.13.3.1.5	Tratamento de nervos.		
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 13/maio/2021		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

Dr. Lucas Borghi
CRM-PR 26.921
Material Setman

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