

Guia 7419282

*Pre-
Hosp.
mat.*

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
matheus Luis Marques

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>20821</i>	17 - UF <i>P.R.</i>	18 - Código CBO
--	--	---	------------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Evangelina Bandeira</i>	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caráter de Atendimento <i>eleitivo</i>	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de internação <i>privado</i>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <i>30</i>	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	-------------------------	---	---	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica
*fratura de fêmur horizontal pelo eixo.
vidas de bursopra pelo eixo.
envolvimento da cápsula posterior do ombro direito*

29 - CID10 Principal (opcional) <i>M. 23.2</i>	30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)	32 - CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <i>cl. múltipla</i>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

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"/>	301330005	Rup. Sut menisco		
2- <input type="checkbox"/>	301330007	Osteopon de opes na		
3- <input type="checkbox"/>		Tr de wder		
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>		Bomina de schuer		
7- <input type="checkbox"/>		capo de wder		
8- <input type="checkbox"/>		genu po de soro		
9- <input type="checkbox"/>		rodofin x unier		
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <i>11/12/2023</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
*maraise Nelson
Razek / Sebastião / Expone*

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921</i>	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	--	--	---