

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		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN	
7 - Número da Carteira <b>0005000031571240</b>					
50 - Nome Social					
10 - Nome <b>Matthews Sanchez maldonado</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>Evangelho Bandeira</b>			21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento <b>eletr</b>	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação <b>amb</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>02</b>	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica  <b>Fest. em supino posterior ao plano do eixo lateral.  Terço quadrilateral e protuber aspecto com notie ao ligamento cruzado.</b>					
29 - CID 10 Principal (opcional) <b>M. 23.2</b>	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			37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1- <input type="checkbox"/>	30733001	<b>Exame físico</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30733002	<b>Exame de audiometria</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	30733003	<b>Exame de tomografia</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		<b>Exame de raios X</b>		<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		<b>Exame de laboratório</b>		<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		<b>Exame de urina</b>		<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		<b>Exame de sangue</b>		<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		<b>Exame de fezes</b>		<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

  

Dados da autorização		
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>22/08/2024</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  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Dr. Lucas Borghi</b> CRM-PR 26.921 </div> <div> <b>matheus sanches maldonado</b> </div> </div>		
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização