

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 Alessandra Lombardi			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional 26921	16 - Número do Conselho CRM
		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 São José	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Tipo de Atendimento Ambulatório	23 - Tipo de Internação Internação	24 - Regime de internação Semi-Alimentar	25 - Qtd. diárias Solicitadas 12
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Sinais de lesões discretas. Causas dentado curado			

29 - CID10 Principal (opcional) M.20.5	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-	30733073	Rec de feces	04
2-	30733073	Osteocondilite	04
3-	30733073	Tempo de internação	04
4-		Exame de urina	
5-		Exame de sangue	
6-		Exame de urina	
7-		Exame de sangue	
8-		Exame de urina	
9-		Exame de sangue	
10-		Exame de urina	
11-		Exame de sangue	
12-		Exame de urina	

Dados da autorização		39 - Data provável da Admissão hospitalar 10/03/2023		40 - Qtd 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 Exame de Rast. sustenida material Anethrom Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização