

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	---

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 de RN
------------------------	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

mauro maximo Ribeiro montini

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>26921 PR</i>	17 - UF <i>PR</i>	18 - Código CBO
--	--	--	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

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

22 - Caráter do Atendimento <i>Elétrico. Cirurg</i>	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <i>02</i>	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	-------------------------	---------------------------	---	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica

*Atrofia do globo. deureto.
de generativa taucaportuante*

29 - CID 10 Principal (opcional)	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

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<i>30700034</i>	<i>cataplexia total do globo</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>		<i>Protese Semi construído</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		<i>CPS Personal</i>		<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		<i>Kit protese base globo</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		<i>Alimentação assessor</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		<i>Estudo. Disp. Op. pte</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		<i>Kit de lavagem</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>				<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 <i>26/06/2023</i>	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

*Protese CPS Personal
Semi construído
motora e pte*

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