

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 Familson Louzada			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 26921
		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 Evangelina Louzada	
		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento Electivo	23 - Tipo de Internação Convênio	24 - Regime de Internação 02	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
		26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica Videobronscopia febre direito			
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"/>	30733005	Rep. Sut. menisco.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30733007	Sinostomostomia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		Tr. de wdo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	30733014		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Exame de Soroel.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Copo de wdo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Exame de Soro.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Exame de Soro.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 29/11/2023		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			
<p>Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921</p> <p>matheus de oliveira</p>			
46 - Data de Solicitação 30/10/23	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização