

Hoop
ma
prez

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 Dagmar Feres das Santos				
10 - Nome				
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 Sanatório Guapiruba		
21 - Data sugerida para Internação				
22 - Caráter do Atendimento Eleito	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação Privado	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterapia		
28 - Indicação Clínica Paciente com atropia de generatice nos compartimentos femorais lateral e posterior e traço compartimental doelho 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"/>	30.20.02.01	Atropia do Pele	02	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	30.21.01.01	Kit proteja total pecho	01	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	30.21.01.02	Simplet alse	01	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	30.21.01.03	Simplet drap. opote	01	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	30.21.01.04	Kit baba gen	01	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dados da autorização				
39 - Data provável da Admissão hospitalar 10/04/23		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 Solicitado Kit Proteja II Zimmer e material atropia.				
46 - Data da Solicitação 10/03/23		47 - Assinatura do Profissional Solicitante DR. Lucas F. Borghi CRM PR 26921	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização