

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 0032000088439806	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome **Elisana dos Santos Monteiro**

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	UF PR	18 - Código CBO
--	--	---	--------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelho Bondinho	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	---	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento eletivo	23 - Tipo de Internação internar	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
---	--	---------------------------	--	------------------------------	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica

**Atropesia total do
seio 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"/>	30726034	Atrop. Total Iudena	2	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		Kit prote se Total Total		<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>		cimento osseo		<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Kit lavagem		<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Kit Drap		<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>				<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 27/06/2024	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

Simone **Masterise Arthur**

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	--	--	---