

Guia 7419307

Pre
Hosp.
mat.

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 MATEUS LUIS MANGUES.			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS BORCHI		15 - Conselho Profissional CRM	
16 - Número do Conselho 26821		17 - UF P.R.	
18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL BOM JESUS	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caracter de Atendimento Internado		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de internação Semi-Privado		25 - Qtd. diárias Solicitadas 05	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Widening do forame oval. 2ª PEUA A horizontal envolvendo o corpo posterior do menisco medial do joelho.			
29-CID10 Principal (opcional) M.23.2		30-CID10(2) (opcional)	
31-CID10(3) (opcional)		32-CID10(4) (opcional)	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Acidente.			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic. 38 - Qtd. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	30131.01	2º Pr. 2º e 3º graus	01
2- <input type="checkbox"/>	30131.02	2º Pr. 4º e 5º graus	01
3- <input type="checkbox"/>	30131.03	2º Pr. 6º e 7º graus	01
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>			
8- <input type="checkbox"/>			
9- <input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/12/2023		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 material de internação Borchi / Sustentação Externa			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	