

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		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
7 - Número da Carteira 000500000 6919582			
50 - Nome Social			
10 - Nome Arlida Izabel Portela			

Dados do Contratado Solicitante		13 - Nome do Contratado	
12 - Código na Operadora			
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			21 - Data sugerida para Internação
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelico Beneditina		
22 - Caráter do Atendimento eletr	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação EDW	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02
		26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica Atropessica pelo cirurgião			

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			37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1- <input type="checkbox"/>	30226034	Atropessica Total Joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>		Int proteese total, joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		Ampliação osse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		Seque deap / parte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>		Rit e de f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		To de vid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Rit 2000g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>			<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		41 - Tipo de Acomodação autorizada	
39 - Data provável da Admissão hospitalar 02/9/2021			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa Prtese de joelho			
Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização