

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 0050000030224082	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		
10 - Nome Fernando da Silva Pereira Filho		

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi	15 - Conselho Profissional 26921
16 - Número do Conselho cen	17 - UF RJ
18 - Código CBO	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelico Bonaterra	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento eletivo	23 - Tipo de Internação ambulatorio	24 - Regime de Internação dia
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica Fratura subcondral do Corélio tubo esquerdo com Estiramento do ligamento cruzado anterior com linhas de fratura tíbia com desvio anterior				
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"/>	301330149	osteoscopia	01	
2- <input type="checkbox"/>	301330149	temporária	01	
3- <input type="checkbox"/>	301330149	temporária	01	
4- <input type="checkbox"/>	301330149	temporária	01	
5- <input type="checkbox"/>	301330149	temporária	01	
6- <input type="checkbox"/>		to de video	01	
7- <input type="checkbox"/>			01	
8- <input type="checkbox"/>		gaming de feto	01	
9- <input type="checkbox"/>		parafuso	01	
10- <input type="checkbox"/>		copa de video	01	
11- <input type="checkbox"/>		exatidão de soro	01	
12- <input type="checkbox"/>		rodar o frequer	01	

Dados da autorização			
39 - Data provável de Admissão hospitalar 29/08/2023	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 Dr. Lucas E. Borghi mtel athron			
46 - Data da Solicitação 07/08/2023	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização