

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				
10 - Nome Franciele Ap. do Silva				
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 Guilherme Bonadina		
		21 - Data sugerida para Internação		
22 - Caracter do Atendimento eletrônico	23 - Tipo de Internação CIRURGIA	24 - Regime de Internação DI	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	
		26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Paciente com lesões vasculares no fôlego patológico com ruptura do meato medial comprometimento do ligamento crucial 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"/>	30130005	Rep. art. menisco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30130005	Operação de reposição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		Sinovectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		Tx de vácuo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Exame de vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Exame de vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Exame de vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Exame de vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		Exame de vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>		Exame de vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dados da autorização				
39 - Data provável de Admissão hospitalar 11/05/2023		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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921</div> <div>Assinatura <i>[Assinatura]</i></div> </div>				
46 - Data da Solicitação 09/08/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>[Assinatura]</i>	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		