

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 0005000001549971	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		
10 - Nome Maurice Tito de Souza		

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 Guanghenco Bondarina	21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento eleito	23 - Tipo de Internação amb	24 - Regime de Internação OD
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica Artroscopia joelho esquerdo.		

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"/>	<input type="checkbox"/>	Artroscopia Total de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit proteção joelho total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit proteção joelho total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit proteção joelho total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit proteção joelho total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit proteção joelho total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit proteção joelho total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit proteção joelho total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit proteção joelho total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit proteção joelho total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit proteção joelho total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit proteção joelho total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 20/11/2023	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 material		

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