

1 - Registro ANS <b>343269</b>	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

*Kelly Cristino*

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Lucas Borghi</i>	15 - Conselho Profissional <i>cem</i>	16 - Número do Conselho <i>26921</i>	17 - UF <i>P.R.</i>	18 - Código CBO
--	--	---	------------------------	-----------------

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Evangelico Beneficente</i>	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	---	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento <i>eleito</i>	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação <i>O2</i>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	-------------------------	--	--------------------------------	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica

*Pos o prévio bom exame.  
paciente com aneurisma  
cardíaco e sinais de  
sinovite. Indicar uma video.*

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"/>	30.3330.01	Ablação por radiofrequência	01	
2- <input type="checkbox"/>	30.3330.02	Exatocardioplastia	01	
3- <input type="checkbox"/>		Tratamento de sinovite		
4- <input type="checkbox"/>		Sinovectomia		
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>		Exatocardioplastia	01	
7- <input type="checkbox"/>		Exatocardioplastia	01	
8- <input type="checkbox"/>		Exatocardioplastia	01	
9- <input type="checkbox"/>		Exatocardioplastia	01	
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

**Dados da autorização**

39 - Data provável da Admissão hospitalar <i>07/01/2023</i>	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 Borghi  
CRM-PR 26.921*

*marcelo athrean*

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