

1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000	
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 a RN	
10 - Nome Suelon Luis Martins		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional 26321	
		16 - Número do Conselho CRM P.R.	
17 - UF P.R.		18 - Código OBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelina Bonafina	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter de Atendimento Curativo		23 - Tipo de Internação Eletiva	
24 - Regime de internação 22		25 - Qtde. diárias Solicitadas	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Paciente com rotura complexa medial focalis expandida no corno horizontal e posterior em flexão do joelho no lig. Cruz. com artrop. de f. anterior D.E.			
29 - CID10 Principal (opcional)		30 - CID10(2) (opcional)	
		31 - CID10(3) (opcional)	
		32 - CID10(4) (opcional)	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- []	30733065	Rep. Int. manual.	02
2- []	30733095	Ortopedia operatória	01
3- []	30733149	Terapia física	01
4- []		Tratamento	
5- []			
6- []			
7- []			
8- []			
9- []			
10- []			
11- []			
12- []			
Dados de autorização			
39 - Data provável de Admissão hospitalar 04/05/2023		40 - Qtde Diárias Autorizadas	
		41 - Tipo da acomodação autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
		44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa material articular exossoma / Baxil selecionado			
46 - Data da Solicitação 07/08/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas F. Borghi	
		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	