

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 1 - Registro ANS<br><b>326755</b>  |  | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>000000000000</b>                     |   |
| 4 - Data da Autorização  |  | 5 - Senha  |   |
| 6 - Data de Validade da Senha  |  |  |   |
| Dados do Beneficiário  |  | 9 - Atendimento a RN   |   |
| 7 - Número da Carteira   |  | 8 - Validade da Carteira   |   |
| 50 - Nome Social   |  |  |   |
| 10 - Nome<br><b>Mergio Estevan de Oliveira</b>   |  |  |   |
| Dados do Contratado Solicitante  |  |  |   |
| 12 - Código na Operadora   |  | 13 - Nome do Contratado  |   |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>Lucas Borghi</b>   |  | 15 - Conselho Profissional<br><b>can</b>   | 16 - Número do Conselho<br><b>20223</b>                     |
|  |  | 17 - UF<br><b>P.R.</b>   | 18 - Código CBO   |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação   |  |  |   |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ  |  | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>Evangelico Sombrio</b>                  |   |
| 21 - Data sugerida para Internação   |  |  |   |
| 22 - Caráter de Atendimento<br><b>eletr</b>  | 23 - Tipo de Internação                          | 24 - Regime de internação<br><b>priv</b>   | 25 - Qtde. diárias Solicitadas<br><b>02</b>                 |
| 26 - Previsão de uso de OPME   |  | 27 - Previsão de uso de Quimioterapia  |   |
| 28 - Indicação Clínica<br><b>menor lesão com dissecção<br/>e ruptura parcial grau<br/>IV no joelho esquerdo.</b> |  |  |   |
| 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- <input type="checkbox"/>  | 30.33.06.5                                       | Red. ou fut. de membro   | <input type="checkbox"/>                                    |
| 2- <input type="checkbox"/>  | 30.33.06.5                                       | Ortopedia  | <input type="checkbox"/>                                    |
| 3- <input type="checkbox"/>  |  | Tr. de vídeo   | <input type="checkbox"/>                                    |
| 4- <input type="checkbox"/>  |  |  | <input type="checkbox"/>                                    |
| 5- <input type="checkbox"/>  |  |  | <input type="checkbox"/>                                    |
| 6- <input type="checkbox"/>  |  | Exame de sangue  | <input type="checkbox"/>                                    |
| 7- <input type="checkbox"/>  |  | Exame de vídeo   | <input type="checkbox"/>                                    |
| 8- <input type="checkbox"/>  |  | Exame de sangue  | <input type="checkbox"/>                                    |
| 9- <input type="checkbox"/>  |  | Exame de vídeo   | <input type="checkbox"/>                                    |
| 10- <input type="checkbox"/>   |  | Exame de sangue  | <input type="checkbox"/>                                    |
| 11- <input type="checkbox"/>   |  | Exame de vídeo   | <input type="checkbox"/>                                    |
| 12- <input type="checkbox"/>   |  | Exame de sangue  | <input type="checkbox"/>                                    |
| Dados da autorização   |  |  |   |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar<br><b>25/5/2023</b>  |  | 40 - Qtde Diárias Autorizadas  | 41 - Tipo da acomodação autorizada                          |
| 42 - Código da Operadora / CNPJ autorizado   |  | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado   |   |
| 44 - Código CNES   |  |  |   |
| 45 - Observação / Justificativa<br><b>Boz / Sombrio / Sombrio</b><br><b>material</b><br><b>articular</b>         |  |  |   |
| 46 - Data da Solicitação   |  | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>Dr. Lucas Borghi</b><br>CRM-PR 26341 | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável              |
|  |  | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização  |   |