

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 <b>097500000011422320</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome <b>Ademilson me...</b>
-------------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

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

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Lucas Borghi</b>	15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	16 - Número do Conselho <b>26921</b>	17 - UF <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 <b>Angélica Londrina</b>	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento <b>eleito</b>	23 - Tipo de Internação <b>Clínica</b>	24 - Regime de Internação <b>02</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	---	--	--------------------------------	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica

Redução das dimensões do  
menisco medial joelho direito.

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"/>	307133905	Trat. Menisco	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	307133049	Exat. de menisco	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	307133040	Artroscopia	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		Tr. de Waco		
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>				
8- <input type="checkbox"/>		Exat. de menisco	01	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Tr. de Waco	01	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Exat. de menisco	01	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		Tr. de Waco	01	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>01/Agost. 2024</b>	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

<p>Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921</p> <p>material aprovado</p>			
--	--	--	--

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