

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	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Social		
10 - Nome Andre Bonifacio		

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 Evangelico Brasileira	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento eleito	23 - Tipo de Internação curto	24 - Regime de Internação 32
25 - Qtd. Diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME
27 - Previsão de uso de Quimioterápico		

28 - Indicação Clínica

Derrame Articular com
condropatia grau 3.
Rotura de menisco posterior
Vide Cirurgia

29 - CID 10 Principal (opcional) M.23	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			37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1- <input type="checkbox"/>	301330125	Sup. menisco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	301330149	Subtotalização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	301331103	Relaxse - Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		17 de vides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Bamino de Sauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Capo de vides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Extrato de Soro Uva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização		40 - Qtd Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
39 - Data provável da Admissão hospitalar 29/08/2024			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa <div style="text-align: center;">Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921</div> <div style="text-align: right; font-size: 1.2em;">material arthrom.</div>			

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