

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 0168000002956480	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
---	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social Suellem Sugusima
10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

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

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

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento Externo	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação Cirurgia	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------	--	---	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica

Paciente com sutura horizontal no corno posterior numbo medial, associada a contusão posterior grau II pelo de Dalt

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"/>	307330195	Rep do sut menisco	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	307330141	Osteocondroplastia	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		lx de mdo		<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Lomina de Schaefer	01	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Copa de náo	01	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Equipo de sono 4 uco	01	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		roduto fou que náo	01	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 13/02/23	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

Matheus

46 - Data da Solicitação 15/01/23	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---