

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	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>Danielle negro moreira</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>20921</b>	17 - UF <b>PR</b>	18 - Código CBO
--	--	---	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Evangelico Bonezine</b>	21 - Data sugerida para internação

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

28 - Indicação Clínica <b>paciente com potencialidade hospitalar com história de trauma do complexo Rotacional com artropatia degenerativa da fossa direita com fratura de tíbia</b>				
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			37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1- <input type="checkbox"/>	307339103	Relevo patológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	307339103	Osteocondroplastia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	307339103	Sinovite (sinovectomia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		de de rido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	307339103	Amorçador final	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	307339103	formiga de raio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	307339103	radiofre-suturac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	307339103	resposta de rido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Exatidão de Sinais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Parâmetro de Sinais	<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		
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>03/04/23</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><b>Dr. Lucas Borghi</b> CRM-PR 26.921</p> <p><b>Mateus</b> Assinatura</p>			
46 - Data da Solicitação <b>08/04/23</b>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização