

1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 489001	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
---	--------------------------	----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
João Pires Vostirolo

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 - V.F. P	18 - Código CBO
--	--	---	-----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

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

22 - Caráter de Atendimento curativo	23 - Tipo de Internação eleito	24 - Regime de internação os	25 - Qtde. diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
--	--	--	--------------------------------	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica
**Lesão condralis ptelopenorl
com Rup nemico e
degradação articular
locais espaciais.**

29 - CID10 Principal (opcional) M.23.3	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-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			
11-			
12-			

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 08/04/2024	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo da 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 26921**
material articular

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