

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		9 - Atendimento de RN
7 - Número da Carteira 0183000001180789	8 - Validade da Carteira	
50 - Nome Social		
10 - Nome Claudete Banger de Oliveira		

Dados do Contratado Solicitante		13 - Nome do Contratado	
12 - Código na Operadora			
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 26921	17 - UF P.R.
18 - Código CBO			

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		21 - Data sugerida para Internação
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelico Londrina	
22 - Caráter do Atendimento eleitivo	23 - Tipo de Internação curativo	24 - Regime de Internação 02
25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica Condicionante no comportamento fenorotibial medial joelho esquerdo. Artropatia		

29 - CID 10 Principal (opcional) M.17.0	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"/>	304261034	Artroscopia de joelho clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>		Tr de video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		Protese unicompartmental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		cameroto geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>		domingo de schone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		rodio de sueno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		exame de sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		exame de urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		exame de fezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		exame de urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		exame de sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>		exame de urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização		41 - Tipo de Acomodação autorizada	
39 - Data provável da Admissão hospitalar 26/08/2024	40 - Qtde Diárias Autorizadas		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa PTF de joelho unicomp. (zimmer). material Athkon.			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	