

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
50 - Nome Social			
10 - Nome Rose Flores Neto			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho
		17 - UF	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Angélica Londrina	
		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento curativo	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação clínico	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02
		26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica ligamento cruzado posterior e colo terset medial e lateral com espessuros e interfixações de sinel com ruptura do lig. anterior LCO			
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"/>	<input type="checkbox"/>	Fixe do ligamento cruzado posterior	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	osteotomia	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	transp. de a. sinist.	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	transp. de a. sinist.	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poroquioscopia	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poroquioscopia	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poroquioscopia	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poroquioscopia	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poroquioscopia	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poroquioscopia	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poroquioscopia	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poroquioscopia	<input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data prevista de Admissão hospitalar 05/02/2024		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 <div style="text-align: center;">material fornecido</div>			
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