

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>Adriane Jespa Alves</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>26821</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	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento <b>Curativo</b>	23 - Tipo de Internação <b>Est</b>	24 - Regime de Internação <b>O2</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica <b>Paciente com degeneração leve no corno posterior do menisco medial no aspecto suprolateral. Exame com patela com altura e condropatia. Boa condição femoral no lado exp.</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			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	30733065	Rep. Sut. menisco	04
2- <input type="checkbox"/>	30733065	osteotomia de	04
3- <input type="checkbox"/>	30733065	temporária	04
4- <input type="checkbox"/>		Reclusão de patela	04
5- <input type="checkbox"/>		Tp de vídeo	
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>		análise	02
8- <input type="checkbox"/>		preparação	04
9- <input type="checkbox"/>		banho de solução	04
10- <input type="checkbox"/>		uso de vídeo	04
11- <input type="checkbox"/>		Exatidão de estruturas	04
12- <input type="checkbox"/>		resumo frequência	04
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>09/10/2023</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  <b>Dr. Lucas F. Borghi</b> <b>Ortopedia Traumatologia</b> <b>CRM 2021</b>  <b>material</b> <b>Admission</b>			
46 - Data da Solicitação <b>07/08/2023</b>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	