

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		<p>Para:</p> <p>31/07/2023</p>			
4 - Data da Autorização		5 - Senha				6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira				9 - Atendimento de RN	
Dados do Beneficiário							
50 - Nome Social							
10 - Nome Marcos Ap. de Matos							
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 26321			
				17 - UF P.R.			
				18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação							
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelico Bandeira			21 - Data sugerida para internação		
22 - Caráter do Atendimento Ativo		23 - Tipo de Internação Curto	24 - Regime de Internação DI	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME		
					27 - Previsão de uso de Quimioterapia		
28 - Indicação Clínica <p>Paciente com osteoartrite patelo femoral com extensas exposições ósseas subcondrais difusas no menisco lateral com má formação e intensidade de sinais meniscais. rotura longitudinal oblique feto direito.</p>							
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			
1- <input type="checkbox"/>		30133065		Rep de menisco			
2- <input type="checkbox"/>		30133047		Osteotomia artroscópica			
3- <input type="checkbox"/>		30133019		Sutura de menisco			
4- <input type="checkbox"/>				Is de menisco			
5- <input type="checkbox"/>							
6- <input type="checkbox"/>							
7- <input type="checkbox"/>				Painel de fechamento			
8- <input type="checkbox"/>				Rodagem de menisco			
9- <input type="checkbox"/>				Espar de menisco			
10- <input type="checkbox"/>				Exatipo de soro 4 us			
11- <input type="checkbox"/>							
12- <input type="checkbox"/>							
				37 - Qtde. Solic.			
				38 - Qtde. Aut.			
Dados da autorização							
39 - Data provável da Admissão hospitalar 31/07/2023		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>material de internação</p>							
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			