

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		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
7 - Número da Carteira M3 000 0084356693			
50 - Nome Social			
10 - Nome Hawson Guilherme Pereira			

Dados do Contratado Solicitante		13 - Nome do Contratado	
12 - Código na Operadora			
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional 26921	16 - Número do Conselho Gen
		17 - UF PR	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 Hospital Londrina		
22 - Caráter do Atendimento Ativo	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação Diurno	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME
		27 - Previsão de uso de Quimioterapia		

28 - Indicação Clínica

**Paciente com dor no
nosso osso do membro
inferior do membro direito.**

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			37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1- <input type="checkbox"/>	30733001	Exat. Sist. membros.	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30733019	Osteocondroplastia.	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	30733111	Enoplastia	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	30733193	Releste de Patela	01	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>		Trp de m. de g.	01	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Prost. de m. de g.	01	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Prost. de m. de g.	01	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Prost. de m. de g.	01	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Prost. de m. de g.	01	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Prost. de m. de g.	01	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		Prost. de m. de g.	01	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>		Prost. de m. de g.	01	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização		40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
39 - Data provável da Admissão hospitalar 26/9/2023			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa Prost. de m. de g. com material Artikon			
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	