

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 <b>0005-000031380590</b>	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social	
10 - Nome <b>Daniel J Pozzer</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 <b>Hospital Bom Jesus</b>
21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento <b>Urgência</b>	23 - Tipo de Internação <b>Clínica</b>
24 - Regime de Internação <b>Diário</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>02</b>
26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica <b>Lesão meniscal em alg. de Break focal disquito.</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"/>	<b>30133095</b>	<b>Sutura menisco</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<b>30133095</b>	<b>Osteotomia subcondral</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<b>30133095</b>	<b>Artroscopia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		<b>de vídeo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		<b>Bainha de retenção</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		<b>capo de vídeo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		<b>capo de vídeo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		<b>capo de vídeo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		<b>capo de vídeo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		<b>capo de vídeo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>		<b>capo de vídeo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização	
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>04/06/2024</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>material articular</b>	
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921</b>
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização