

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000000000000</b>	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome Social			
10 - Nome <b>Rogério dos Santos Souza</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>26921</b>	16 - Número do Conselho <b>000</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>Evangelina Bonafina</b>	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter de Atendimento <b>Ativo</b>	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de internação <b>CTB</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>02</b>
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterapia	
28 - Indicação Clínica <b>Rup. total do tórax proximal com lesamento cruzado anterior do lado esquerdo.</b>			
29 - CID10 Principal (opcional)		30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)
32 - CID10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	30733073	lca		
2- <input type="checkbox"/>	30733095	Rup. menisco		
3- <input type="checkbox"/>	30733097	distensão		
4- <input type="checkbox"/>	30733117	teoropatia		
5- <input type="checkbox"/>	30733117	to de lides		
6- <input type="checkbox"/>	30733121	transp. mass. p. l. lateral		
7- <input type="checkbox"/>		transp. mass. p. l. lateral		
8- <input type="checkbox"/>		transp. mass. p. l. lateral		
9- <input type="checkbox"/>		transp. mass. p. l. lateral		
10- <input type="checkbox"/>		transp. mass. p. l. lateral		
11- <input type="checkbox"/>		transp. mass. p. l. lateral		
12- <input type="checkbox"/>		transp. mass. p. l. lateral		

Dados da autorização		40 - Qtde Diárias Autorizadas		41 - Tipo da acomodação autorizada	
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>10/10/2023</b>					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa <b>materiais Anestesia</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					

**Dr. Lucas Borghi**  
CRM-PR 26.921