

1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000	
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 a RN			
10 - Nome Borges Pedro de Alcantara			11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borges		15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 26921
17 - UF RJ		18 - Código CBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangélico Bondina	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caracter de Atendimento Eleito	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação Cirurgia	25 - Qtde. diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Potência complexa do membro medial a margem livre e microimpacções com linhas de sinoste e condroplata patelar grau IV no fêmur direito.			
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- []	30000005	Rep. Sist. Membros	01
2- []	30000009	Osteocondroplastia	01
3- []	30000014	Sinovectomia	01
4- []		Tx de vídeo	01
5- []			
6- []			
7- []			
8- []			
9- []			
10- []			
11- []			
12- []			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 27/02/23		40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo da acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa material Arthrom Paxel ou Exomedon Ketonal			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			