

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

7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
------------------------	--------------------------	-----------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

Eduardo H. da Silva

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 26921	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 Bondinho	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento Elevis	23 - Tipo de Internação Cirurgia	24 - Regime de Internação 02
25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

**Paciente com rotura horizontal
no corno posterior pelo esquerdo.
com lacuna e conotopia
potulor row II**

29 - CID 10 Principal (opcional) M.23.5	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"/>	30A33095	Rep. ou sul menisco	01	
2- <input type="checkbox"/>	30A33095	Osteocondropatia	01	
3- <input type="checkbox"/>		Tr. de Waco		
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>		Gomina de Sehorae	01	
7- <input type="checkbox"/>		Copo de vidro	01	
8- <input type="checkbox"/>		Saco de Soro 4 wco	01	
9- <input type="checkbox"/>		Recado por Sincice	01	
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 30/01/2023	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

Dr. Lucas Borghi
CRM-PR 26.921

matheus kethron

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---