

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 **Mateus Soares 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 PR	18 - Código CBO
--	--	---	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangélico Saud	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento Ativo	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação CRP	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------	---	---	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica

**Lesão Horizontal do cornu.
anterior do menisco lateral
do joelho esquerdo.**

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"/>	30033005	Rep. menisco	02	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30033005	Temporária	02	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		Trp de vídeo		
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>		Somino de reposte		
7- <input type="checkbox"/>		cura de		
8- <input type="checkbox"/>		serviço de		
9- <input type="checkbox"/>		insuflação		
10- <input type="checkbox"/>				
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 03/06/2024	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 Soares Silva

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