

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		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN							
50 - Nome Social											
10 - Nome <b>marcos de alex</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>20921</b>		17 - UF <b>P.R.</b>		18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						21 - Data sugerida para internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Evangelico Londrina</b>									
22 - Caráter do Atendimento <b>clínico</b>		23 - Tipo de Internação		24 - Regime de Internação <b>ambu</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 osteocondral focal no pólo tuberc. lateral. Rotura no retículo da X ao corpo e cornos anteriores do menisco. Indicação para o cornos posterior com possível "flop".</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"/>		30733005		Rep. menisco				02		<input type="checkbox"/>	
2- <input type="checkbox"/>		30733047		Osteocondroplastia				02		<input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>				Tx de nido				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>				formina de Schorck				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>				rodolfo xuenia				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>				sepo de wdo				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>				estupro de solo 4 uco				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
12- <input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>03/04/2023</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>Dr. Lucas Borghi</b> <b>CRM-PR 26.921</b>  <b>material</b> <b>Artroscopia</b>											
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			