

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	
<b>Dados do Beneficiário</b>			
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome <b>Sergio Fox da Silva</b>			
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>			
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>28921</b>
		17 - UF <b>PR</b>	18 - Código CBO
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Evangelina de Lencop.</b>	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento <b>Electivo</b>	23 - Tipo de Internação <b>Cirurgia</b>	24 - Regime de Internação <b>O2</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica <b>Paciente com lesão radicular no corno posterior do nervo maxilar com condropatia femoral grau IV e desvio articular flexo direito.</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)			
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	<b>30433265</b>	<b>miúscos</b>	<b>01</b>
2- <input type="checkbox"/>	<b>30433049</b>	<b>osteoscondiloplastia</b>	<b>01</b>
3- <input type="checkbox"/>		<b>ix de nido</b>	
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>		<b>Família de Schott</b>	<b>01</b>
7- <input type="checkbox"/>		<b>Equipo de São Carlos</b>	<b>01</b>
8- <input type="checkbox"/>		<b>Radiofrequência</b>	
9- <input type="checkbox"/>		<b>sapo de nido</b>	
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
<b>Dados da autorização</b>			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>23/01/2023</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>Arthrom</b>			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização