

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 Pedro Quecio Ricau			

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi	15 - Conselho Profissional 26821	16 - Número do Conselho CRU	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 Evangelina Landeiro		21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter do Atendimento Eletivo	23 - Tipo de Internação cirurg	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

**Artropatia fêmur direito.
osteosarcoma metastático
semelhante a lipossarcoma.**

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"/>		Artroscopia total do joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>		Protese de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		Protese de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		Protese de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>		Protese de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Protese de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Protese de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Protese de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Protese de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Protese de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		Protese de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>		Protese de joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 28/06/2023		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

**Protese de joelho sem
protese de joelho
protese de joelho**

Dr. Lucas Borghi
CRM 26.921

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