

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000000000000</b>	
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 a RN	
50 - Nome Social			
10 - Nome <b>Nilson Barbosa</b>			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. Lucas Borghi</b>		15 - Conselho Profissional <b>28915</b>	16 - Número do Conselho <b>CRM</b>
		17 - UF	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Evangelho Londrina</b>	
		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter de Atendimento <b>eleito</b>	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de internação <b>curativo</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>02</b>
			26 - Previsão de uso de OPME
			27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica <b>Rotura Horizontal da perna distal que se estende a sup articular inferior no corpo menor do fêmur direito</b>			
29 - CID10 Principal (opcional)		30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)
			32 - CID10(4) (opcional)
		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	301330065	Rep. Sit. muscul.	01
2- <input type="checkbox"/>	301330065	Osteoc. malha	01
3- <input type="checkbox"/>	301330065	Sim. model. m. e	01
4- <input type="checkbox"/>		Tr. de w. d. e	01
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>			
7- <input type="checkbox"/>		Grupo de Soro	01
8- <input type="checkbox"/>		Grupo de Soro	01
9- <input type="checkbox"/>		Medic. fr. e. e. e.	01
10- <input type="checkbox"/>		Grupo de w. d. e	01
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>04/03/2024</b>		40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo da acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa  <div style="text-align: center;"><b>Dr. Lucas Borghi</b> CRM-PR 26.921</div> <div style="text-align: right;"><b>material</b> <b>orthon</b></div>			
46 - Data da Solicitação <b>04/02/2024</b>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
			49 - Assinatura do Responsável pela Autorização