

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>Michela Soares</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>26921</b>	17 - UF <b>PR</b>	18 - Código CBO
--	--	---	----------------------	-----------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>Evangelico Brasileira</b>	21 - Data sugerida para Internação
---------------------------------	--	------------------------------------

22 - Caracter do Atendimento <b>Eletr.</b>	23 - Tipo de Internação <b>CRUQ</b>	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>02</b>	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
---	--	---------------------------	---	------------------------------	---------------------------------------

28 - Indicação Clínica
------------------------

**Joelho direito.**

**Rotura horizontal degenerativa que se estende do cornu anterior ao cornu posterior do menisco lateral com condropatia grau III com artropatia degenerativa femoral distal.**

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"/>	<b>30A33065</b>	<b>1.20p. de um menisco.</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<b>30A33045</b>	<b>Osteocondroplastia.</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<b>30A33014</b>	<b>Sinovectomia.</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		<b>Tx de náo.</b>		<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		<b>Exame de sangue</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		<b>Exame de urina</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		<b>Exame de fezes</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		<b>Exame de urina</b>	<b>01</b>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>09/08/2023</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
---------------------------------

**Dr. Lucas Borghi**  
**CRM-PR 26.921**

**marcelo sothson**

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