

1 - Registro ANS 326755		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000000000000	
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	
10 - Nome ROGERIO APARECIDO EKEI		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional CRM	
		16 - Número do Conselho 26921	
		17 - UF PR	
		18 - Código CBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelina Lourenço	
		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter de Atendimento Eletivo		23 - Tipo de Internação	
		24 - Regime de internação 02	
		25 - Qtde. diárias Solicitadas Curto	
		26 - Previsão de uso de OPME	
		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Rotura horizontal no corno posterior do nariz medial com condroplastia patológica femoral grau IV ferido aberto.			
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- []	30733005	Rep. do sítio de 1 membro	01
2- []	30733005	* Condilopatia patológica com hemorragia	01
3- []		Tr de nódulo	
4- []			
5- []			
6- []		Exatino de sangue	01
7- []		Exatino de sangue	01
8- []		Exatino de sangue	01
9- []		Exatino de sangue	01
10- []		Exatino de sangue	
11- []			
12- []			
Dados da autorização			
39 - Data prevista da Admissão hospitalar 23/04/23		40 - Qtde Diárias Autorizadas	
		41 - Tipo da acomodação autorizada	
42 - Código da Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
		44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa materialARTHRA			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi CRM 26921	
		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	