

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 Bociana da Silva			
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		18 - Código CBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelina Borchi	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento Ativo	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação O2	25 - Qtde. Diárias Solicitadas CIRURGIA
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica paciente com rotura completa com ligamento cruzado anterior ausente deve hipotetizar. Acentuação do de flexão de torção. Perda de equilíbrio.			
29 - CID 10 Principal (opcional)		30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)
32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Assistente (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"/>	30.330.11	1. Transp. de líquidos corp.	01 01
2- <input type="checkbox"/>	30.330.11	2. Sutura de ferida	01 01
3- <input type="checkbox"/>	30.330.11	3. Transp. de líquidos corp.	01 01
4- <input type="checkbox"/>		4. Sutura de ferida	01 01
5- <input type="checkbox"/>		5. Sutura de ferida	01 01
6- <input type="checkbox"/>		6. Sutura de ferida	01 01
7- <input type="checkbox"/>		7. Sutura de ferida	01 01
8- <input type="checkbox"/>		8. Sutura de ferida	01 01
9- <input type="checkbox"/>		9. Sutura de ferida	01 01
10- <input type="checkbox"/>		10. Sutura de ferida	01 01
11- <input type="checkbox"/>		11. Sutura de ferida	01 01
12- <input type="checkbox"/>		12. Sutura de ferida	01 01
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 22/10/2024		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			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dr. Lucas Borghi
CRM-PR 26.921