

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 00970000125759405	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social		
10 - Nome Giovanni Sena do Nascimento		

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghini	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 28721
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 Unipetro Londrina	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento eleito	23 - Tipo de Internação curativo	24 - Regime de Internação DI
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterapia
28 - Indicação Clínica trauma completo do ligamento cruzado anterior, com lesão condrossaral e ligto. patelo lateral.		

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"/>	30133019	Feia	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30133049	ortocirurgia	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	30133049	Emprego	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	30131216	Tratamento de ferida	01	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>		Tratamento de ferida		<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Preparo de Biondo	01	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Exame de sangue	01	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		Exame de urina	01	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Exame de sangue	01	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		Exame de sangue	01	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		Exame de sangue	01	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>		Exame de sangue	01	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 06/05/2024	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 material ortopédico.		
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghini 26.921	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável material ortopédico.
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		