

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 69303		8 - Validade da Carteira	
		9 - Atendimento a RN	
10 - Nome Leandro Adriano Maioli			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 P.R.	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangelico Bandeira	
		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter de Atendimento eletrônico	23 - Tipo de Internação Cirurgia	24 - Regime de internação O2	25 - Qtde. diárias Solicitadas
			26 - Previsão de uso de OPME
			27 - Previsão de uso de Quimioterapia
28 - Indicação Clínica paciente com nova lesão joelho esquerdo com condropatia femorotibial e patelofemoral. Solicito marcar acompanhamento cirúrgico com videoscopia			
29 - CID10 Principal (opcional) m.23.2		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"/>	30AB30PG5	Rep. de 1 mês	01
2- <input type="checkbox"/>	30AB30PG5	Osteocondropatia	01
3- <input type="checkbox"/>		Tx de nódulo	01
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>		banimento de shoke	01
6- <input type="checkbox"/>		Radiofrequência	01
7- <input type="checkbox"/>		Equipos de sono e vicio	01
8- <input type="checkbox"/>		acope de nódulo	01
9- <input type="checkbox"/>			
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 12/01/2022		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: right;">matheus Arthrom.</div>			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Lucas Borghi CRM 26921	
		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	