

20/02
Hel
Guia

Pre
mat
Hoop

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 Laticia Caribina Gobetti Brina			
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 20921	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	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento Clínico	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação Diurno	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Paciente com rotura completa do menisco posterior e corpo do menisco medial agudo flexão com condropatia femorop. grau II e decomp. articular no joelho direito			
29 - CID 10 Principal (opcional) M. 23.2	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"/>	30733051	menisco anterior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30733049	osteocondroplastia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	30733044	sinovectomia parcial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>		tx de nódos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		rodízio de quadril	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		rodízio de ombro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		reparo de nódos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		reparo de soro 4 nódos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 20/02/23		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 Artrom.			
46 - Data da Solicitação 18/02/23	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Lucas Borghi
CRM-PR 26.921