

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 Leonardo Adriano Maiorali				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 Evangelico Bondarino		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter de Atendimento Eleitivo		23 - Tipo de Internação Cirurgia		24 - Regime de internação	
				25 - Qtde. diárias Solicitadas 02	
				26 - Previsão de uso de OPME	
				27 - Previsão de uso de Quimioterápico	

28 - Indicação Clínica

paciente com Rep. horizontal
no corpo posterior do membro medial
com condropatia femorotibial e
patelo femoral. Indico videoartroscopia
fechada durante.

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

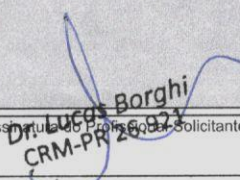
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou item assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	30A3B065	Rep. de 1 membro	01	01
2- <input type="checkbox"/>	30A3B029	osteocondroplastia	01	01
3- <input type="checkbox"/>		ty de video		
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>		Bompa de selo-rae	01	01
7- <input type="checkbox"/>		naoapreguante	01	01
8- <input type="checkbox"/>		exemplo de 200 4 w.s.	01	01
9- <input type="checkbox"/>		apoi de video	01	01
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 Diarias Autorizadas		41 - Tipo da acomodação autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado			
		44 - Código CNES			

45 - Observação / Justificativa

material
Artheom.

46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante 		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
--------------------------	--	--	--	--	--	---	--