

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 01470001915427		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
50 - Nome Social			
10 - Nome Antonio Joaquim Mica			

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 Londrina		21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter do Atendimento Eletrônico	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação Ciúrgico	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterapia

28 - Indicação Clínica

**Botão do corpo e corno fechos
esquerda com condromolose
femorotornal. Indico cirurgia
viroartroscopia**

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"/>	30A3B005	Rep. meniscus	01	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	30A3B005	osteotomia	01	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>		Tx de Tiro	01	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>		Exame de sangue	01	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>		Exame de urina	01	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Exame de fezes	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"/>			<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 04/03/2023		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 26921

marcelo
Atherton

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