

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		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
10 - Nome Regis Streske dos Santos			11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Dicas 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 Bondinho	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter de Atendimento CRURG	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação O2	25 - Qtde. diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Rotura patricamente completa, ligamento cruzado anterior. rotura rotural completa do core posterior do menisco lateral com rotura vertical no funho com condropatia patelar.			
29 - CID10 Principal (opcional)		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"/>	30733065	Rep. Sól. menisco	02
2- <input type="checkbox"/>	30733073	Ligamento Cruzado	01
3- <input type="checkbox"/>	30733073	Tempo de vídeo	01
4- <input type="checkbox"/>	30733073	Tempo de vídeo	01
5- <input type="checkbox"/>	30733073	Tempo de vídeo	01
6- <input type="checkbox"/>		Tempo de vídeo	01
7- <input type="checkbox"/>		Tempo de vídeo	01
8- <input type="checkbox"/>		Tempo de vídeo	01
9- <input type="checkbox"/>		Tempo de vídeo	01
10- <input type="checkbox"/>		Tempo de vídeo	01
11- <input type="checkbox"/>		Tempo de vídeo	01
12- <input type="checkbox"/>		Tempo de vídeo	01
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 03/07/2028		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 matrícula Arthem. expmed / Raze Kil. Sertomel			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Dica Borghi CRM-PR 26.921	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	