

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 Anna Gaves Toledo de Souza		11 - Cartão Nacional de Saúde Joelha dir.	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Borghi		15 - Conselho Profissional	
		16 - Número do Conselho	
		17 - UF	
		18 - Código CBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Evangélio Barão	
		21 - Data sugerida para Internação	
22 - Caráter de Atendimento Efetivo		23 - Tipo de Internação	
		24 - Regime de internação CRP	
25 - Qtde. diárias Solicitadas 02		26 - Previsão de uso de OPME	
		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Paciente com menisco e condro. femoral no joelho direito, indicado cirurgia.			
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"/>	30733065	Rep. de 1 menisco.	01
2- <input type="checkbox"/>	30733049	Te de nido.	01
3- <input type="checkbox"/>		Osteocondroplastia	01
4- <input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>			
6- <input type="checkbox"/>		Camino de Schotter	01
7- <input type="checkbox"/>		Endoprotese	01
8- <input type="checkbox"/>		Equipe de Soro e Uias.	01
9- <input type="checkbox"/>		Uso de nido.	01
10- <input type="checkbox"/>			
11- <input type="checkbox"/>			
12- <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 31/01/2023		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 Dr. Lucas Borghi CRM-PR 26.921 matéria Rethron.			
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	