

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91281790
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 22/05/2023 16:58	5 - Senha 91281790	6 - Data de Validade da Senha 21/07/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000059994323	8 - Validade da Carteira 01/10/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

DIEGO HENRIQUE TOZZETI

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA
---	--

14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23538	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação
--	---	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica
QUADRIL DIREITO

29 - CID 10 Principal (opcional) M199	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30738040	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VID	1	1
2- 22	30738024	SINOVECTOMIA PARCIAL E/OU REMOCAO DE CORPOS LIVRES - PROCEDI	1	1
3- 22	30738059	CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTRO	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	44 - Código CNES 2758083
---	---	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 22/05/2023 / 01x EQUIPO 10K, 01x PONTERIA VAPORIZAÇÃO 90° COM ASPIRAÇÃO materiais pagos em conta hospit alar / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LONDRINA

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 91281790	4 - Senha 91281790	5 - Data da Autorização 22/05/2023 16:58	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91281790
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000059994323	29 - Nome Social

8 - Nome	DIEGO HENRIQUE TOZZETI
----------	------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
QUADRIL DIREITO	
QUADRIL DIREITO	
01x EQUIPO 10K, 01x PONTERIA VAPORIZAÇÃO 90º COM ASPIRAÇÃO materiais pagos em conta hospitalar	

[illegible]

24 - Especificação do Material

<p>25 - Observação / Justificativa</p> <p>Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 22/05/2023 /01x EQUIPO 10K, 01x PONTERIA VAPORIZAÇÃO 90º COM ASPIRAÇÃO materiais pagos em conta hospitalar / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADOR S ESCOLARES APADE SUB SEDE LONDRINA</p>

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---