

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|--|---|--|---|--|------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 326755 | | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000007832959 | | | | | | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 28/06/2024 | | 5 - Senha 7832959 | | 6 - Data de Validade da Senha 17/07/2024 | | | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Numero da Carteira 462639 - Titular | | 8 - Validade da Carteira | | 9 - Atendimento a RN N | | | | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome REGINA DE FATIMA FINK BERNARDES | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 946 | | 13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO | | 15 - Conselho Profissional 06 | | 16 - Número do Conselho 28806 | | 17 - UF PR | | 18 - Código CBO 225270 | | | | | |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | | | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61 | | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | | 21 - Data sugerida para Internação 30/06/2024 07:30 | | | | | | | | |
| 22 - Caráter de Atendimento 1 | | 23 - Tipo de Internação 2 | | 24 - Regime de internação 1 | | 25 - Qtde. diárias Solicitadas 1 | | 26 - Previsão de uso de OPME S | | 27 - Previsão de uso de Quimioterapia N | | | |
| 28 - Indicação Clínica | | | | | | | | | | | | | |
| 29-CID10 Principal (opcional) M235 | | 30-CID10(2) (opcional) | | 31-CID10(3) (opcional) | | 32-CID10(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 | | 30734029 | | SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL | | | | 1 | | 1 | | | |
| 2- 22 | | 30731119 | | TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO | | | | 1 | | 1 | | | |
| 3- 22 | | 30729190 | | OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE - TRATAMENTO | | | | 1 | | 1 | | | |
| 4- 18 | | 60000805 | | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA | | | | 1 | | 1 | | | |
| 5- <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 6- <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 7- <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 8- <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 9- <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 10- <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 11- <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 12- <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 30/06/2024 07:30 | | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 | | 41 - Tipo da acomodação autorizada 1 | | | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | | | | | | | | | | 44 - Código CNES 2550792 | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: 43 33781000 / Emitido Por: HOL em 17/06/2024 /PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL. / Empresa / Titular: REGINA DE FATIMA FINK BERNARDES | | | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação 17/06/2024 16:21 | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | |