

<div>FUNDAÇÃO COPEL</div>		2 - Nº Guia no Prestador 2804208	
1 - Registro ANS 3 5 5 1 5 1 1			
3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2 8 0 4 2 0 8			
4 - Data da Autorização 1 7 / 1 0 5 / 2 0 2 4		5 - Senha 2 0 2 4 2 6 9 2 8 1	
6 - Data de Validade da Senha 0 8 / 1 0 7 / 2 0 2 4			
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 0 4 1 5 8 2 0 0 1		8 - Validade da Carteira N	
9 - Atendimento a RN N			
10 - Nome WEILER MULLER JOSLIN		11 - Cartão Nacional de Saúde 7 0 4 2 0 8 5 0 6 6 6 6 2 9 0	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora 4 1 0 5 8		13 - Nome do Contratado CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE	
14 - Nome do Profissional Solicitante Guilherme Jose Miyasaki Piovesana		15 - Conselho Profissional 0 6	
16 - Número no Conselho 3 0 1 6 5		17 - UF P R	
18 - Código CBO 2 2 5 2 7 0			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ 4 1 0 5 8		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE	
21 - Data sugerida para internação 2 0 / 1 0 5 / 2 0 2 4			
22 - Caráter do 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 quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica RUPTURA MENISCO MEDIAL			
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) 9			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
36 - Descrição		37 - Qtde Solic	
38 - Qtde Aut			
1 - 2 2		3 0 7 3 3 0 6 5	
2 - 2 2		3 0 7 3 3 0 6 5	
3 - 1 8		6 0 0 3 4 0 6 8	
4 - 1 9		7 8 1 4 1 1 0 5 9 2	
5 - 1 9		7 8 2 0 1 1 1 1 0	
6 -			
7 -			
8 -			
9 -			
10 -			
11 -			
12 -			
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		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 30733030 - ok,30733065 - ok,60034068 - ok,78201110 - ok,78410592 - ok			
46 - Data da Solicitação 1 7 / 1 0 5 / 2 0 2 4		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
Impresso em: 17/05/2024 08:50:22			
Página 1			
93467370934			
CPLS200			