

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92237203
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 17/08/2023 12:37	5 - Senha 92237203	6 - Data de Validade da Senha 16/10/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000003171607	8 - Validade da Carteira 04/08/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

AGOSTINHO LUIZ ZAMBRIM FEIJO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32	13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23858	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 04/09/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica
M190 Artrose

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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30726239	REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR - TRATAMENTO CIRURGIC	1	1
2- 22	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
3- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	3	3
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 3	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12
---	---	---

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	44 - Código CNES 6074502
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 17/08/2023 / 01 kit pulse de lavagem - material não padronizado para esse procedimento conforme consenso da especialidade - autorizado seringa de 60ml pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: AGOSTINHO LUIZ ZAMBRIM FEIJO

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 92237203	4 - Senha 92237203	5 - Data da Autorização 17/08/2023 12:37	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92237203
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000003171607	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome	AGOSTINHO LUIZ ZAMBRIM FEIJO
----------	------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>Paciente com artrose em joelho esquerdo, necessitando de tratamento cirurgico para colocação de prótese</p> <p>M190 Artrose</p> <p>01 kit pulse de lavagem - material não padronizado para esse procedimento conforme consenso da especialidade - autorizado seringa de 60ml pago em conta hospitalar</p>
--

OPME Solicitadas

[illegible]

24 - Especificação do Material

<p>25 - Observação / Justificativa</p> <p>Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 17/08/2023 /01 kit pulse de lavagem - material não padronizado para esse procedimento conforme consenso da especialidade - autorizado seringa de 60ml pago em conta hospitalar / Empresa Titular: AGOSTINHO LUIZ ZAMBRIM FEIJO</p>
--

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