

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90893451</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>18/04/2023 15:02</b>	5 - Senha <b>90893451</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>26/06/2023</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0445217000588013</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**LUIZ FERNANDO CAVALCANTE**

## Dados do Contratado Solicitante

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

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>MARCOS CAJUEIRO FERNANDES</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28835</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------	----------------------------------

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>04.762.301/0001-03</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>26/04/2023 00:00</b>
--------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

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

28 - Indicação Clínica

ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR LESÃO COMPLEXA DO MENISCO MEDIAL LESAO CONDRAL FEMORO TIBIAL JOELHO DIREITO

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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------------------------------------------------

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30733057</b>	<b>MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733073</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <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"/>
7- <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"/>
9- <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"/>
11- <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"/>

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
-------------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------------------------------

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

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 18/04/2023 / AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30 733014 SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO - NÃO AUTORIZADO PELA UNIMED DE ORIGEM. 60024151 TAXA ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA \*\* JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR \*\*\* / Empresa / Titular: UNIMED PRESIDENTE PRUDENTE

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

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