

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--|---|---|--|---|---|--|---|
| 1 - Registro ANS 35014 | | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 26515881 | | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 05/06/2023 | | 5 - Senha 26515881 | | 6 - Data de Validade da Senha 13/08/2023 | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | 7 - Número da Carteira 1197250 | | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento a RN N | | | |
| 10 - Nome Willian Soares | | | | | 11 - Cartão Nacional de Saúde 7069041 | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | 12 - Código na Operadora 15407 | | | 13 - Nome do Contratado Associação Evangelica Beneficente de Londrina | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante Lucas da Fonseca Borghi | | | 15 - Conselho Profissional 6 | | 16 - Número no Conselho 26921 | | 17- UF PR | 18 - Código CBO 225270 | |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | 19 - Código na Operadora / CNPJ 3022 | | | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Associação Evangelica Beneficente de Londrina | | 21 - Data sugerida para internação 05/06/2023 | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | | 23 - Tipo de Internação 2 | | 24 - Regime de internação 1 | | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas | | 26 - Previsão de uso de OPME N | 27 - Previsão de uso de quimioterápico N |
| 28 - Indicação Clínica CONDROPATIA PATELAR * | | | | | | | | | |
| 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 Solicitados | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | | | | 37 - Qtde. Solicitada | 38 - Qtde. Autorizada | | |
| 01 - 22 | 30731119 | Tenoplastia / enxerto de tendão - tratamento cirúrgico | | | | 1 | 1 | | |
| 02 - 22 | 30733049 | Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia | | | | - procediment | 1 | | |
| 03 - 22 | 30733073 | Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anteri | | | | - procediment | 1 | | |
| 04 - | | _____ | | | | | | | |
| 05 - | | _____ | | | | | | | |
| 06 - | | _____ | | | | | | | |
| 07 - | | _____ | | | | | | | |
| 08 - | | _____ | | | | | | | |
| 09 - | | _____ | | | | | | | |
| 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 3022 | | | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado Associação Evangelica Beneficente de Londrina | | | | 44 - Código CNES 2550792 | |
| 45 - Observação / Justificativa Insercao | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação 15/05/2023 | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | | | 48 - Assiantura do Beneficiário ou Responsável | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | |