

|  |  |  |  |  |  |  |                                    |   |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|---|--|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>326755</b>  |  | 3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora<br><b>000007583105</b>                                 |  |  |  |  |                                    |   |  |  |  |
| 4 - Data da Autorização<br><b>12/03/2024</b>   |  | 5 - Senha<br><b>000007583105</b>   |  | 6 - Data de validade da Senha<br><b>22/03/2024</b>                     |  |  |                                    |   |  |  |  |
| Dados do Beneficiário / Paciente   |  |  |  |  |  |  |                                    |   |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira<br><b>521593 - Titular</b>  |  | 8 - Validade da carteira   |  | 9 - Atendimento a RN<br><b>N</b>                                       |  |  |                                    |   |  |  |  |
| 10 - Nome completo<br><b>LUCAS MANTOVANI SUBTIL</b>  |  |  |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br><b>706205571363160</b>      |  |  |                                    |   |  |  |  |
| Dados do Contratado Solicitante  |  |  |  |  |  |  |                                    |   |  |  |  |
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>946</b>  |  | 13 - Nome do Contratado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>                |  |  |  |  |                                    |   |  |  |  |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA</b>  |  | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b>  |  | 16 - Número no Conselho<br><b>30165</b>                                |  | 17 - UF<br><b>PR</b>                           |                                    | 18 - Código CBO S<br><b>225270</b>  |  |  |  |
| Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação   |  |  |  |  |  |  |                                    |   |  |  |  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>946</b>  |  | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> |  |  |  |  | 21 - Data Sugerida para Internação |   |  |  |  |
| 22 - Caráter da Internação<br><b>[1]</b>   |  | 23 - Tipo de Internação<br><b>[2]</b>  |  | 24 - Regime de Internação<br><b>[1]</b>                                |  | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>[001]</b> |                                    | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>[S]</b>                                |  | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br><b>[ ]</b> |  |
| 28 - Indicação clínica<br>Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado  |  |  |  |  |  |  |                                    |   |  |  |  |
| Hipótese Diagnóstica   |  |  |  |  |  |  |                                    |   |  |  |  |
| 29 - CID 10 Principal (opcional)<br><b>Z00</b>   |  | 30 - CID 10 (2) (opcional)   |  | 31 - CID 10 (3) (opcional)   |  | 32 - CID 10 (4) (opcional)                     |                                    | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>[9]</b> |  |  |  |
| Procedimentos Solicitados  |  |  |  |  |  |  |                                    |   |  |  |  |
| 34 - Tabela  |  | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial   |  | 36 - Descrição   |  |  |                                    | 37 - Qtde. Solicit.   |  | 38 - Qtde. Aut.                                      |  |
| 22   |  | 30731119   |  | TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO                 |  |  |                                    | 1   |  | 1  |  |
| 22   |  | 30731216   |  | TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO                |  |  |                                    | 1   |  | 1  |  |
| 22   |  | 30733073   |  | RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO                  |  |  |                                    | 1   |  | 1  |  |
| 18   |  | 60000805   |  | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA           |  |  |                                    | 1   |  | 1  |  |
| 18   |  | 60024151   |  | ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA                  |  |  |                                    | 1   |  | 1  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  |  |                                    | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  |  |                                    | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  |  |                                    | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  |  |                                    | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  |  |                                    | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  |  |                                    | [ ]   |  | [ ]  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  |  |                                    | [ ]   |  | [ ]  |  |
| Dados da Autorização   |  |  |  |  |  |  |                                    |   |  |  |  |
| 39 - Data Provável de Admissão Hospitalar  |  | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas<br><b>[001]</b>   |  | 41 - Tipo da acomodação autorizada<br><b>[41] QUARTO COMPARTILHADO</b> |  |  |                                    |   |  |  |  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>946</b>  |  | 43 - Nome do Prestador Autorizado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>      |  |  |  |  |                                    | 44 - Código CNES<br><b>2550792</b>  |  |  |  |
| 45 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: THAIS.SILVA / protocolo de atendimento: 32675520240221975884<br>Empresa / Titular: CONTABILIDADE DIGITAL S/S LIMITADA Matrícula:114552 - 600 |  |  |  |  |  |  |                                    |   |  |  |  |
| 46 - Data da Solicitação<br><b>21/02/2024 12:35</b>  |  | 47 - Assinatura do profissional solicitante  |  | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                         |  |  |                                    | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização                           |  |  |  |