

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92567948
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 18/09/2023 15:55	5 - Senha 92567948	6 - Data de Validade da Senha 17/11/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000051977322	8 - Validade da Carteira 10/10/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

RAFAEL ANTONIO SEABRA DOURADO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23538	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação
--	--	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

IMPACTO FEMOROACETABULAR

29 - CID 10 Principal (opcional) M199	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	30738040	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VID	1	1
2- 22	30738059	CONDRoplastia com sutura labral - procedimento videoartro	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 2	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	44 - Código CNES 2550792
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 18/09/2023 / Empresa / Titular: FABRICA 1 MICROERVEJARIA GASTRONOMICA EIRELI

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 92567948	4 - Senha 92567948	5 - Data da Autorização 18/09/2023 15:55	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92567948
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000051977322	29 - Nome Social

8 - Nome
RAFAEL ANTONIO SEABRA DOURADO

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
EM ANEXO	
IMPACTO FEMOROACETABULAR	

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 18/09/2023 / Empresa / Titular: FABRICA 1 MICROCERVEJARIA GASTRONOMICA EIRELI

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

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Referenciada 92567948		4 - Senha 92567948		5 - Data da Autorização 18/09/2023 15:55		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92567948							
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira 0050000051977322				29 - Nome Social											
8 - Nome RAFAEL ANTONIO SEABRA DOURADO															
Dados do Profissional Solicitante															
9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES				10 - Telefone			11 - E-mail								
Dados da cirurgia															
12 - Justificativa técnica EM ANEXO IMPACTO FEMOROACETABULAR															
OPME Solicitadas															
13 - Tabela		14 - Código do Material		15 - Descrição		16 - Opção		17 - Qtde. Solicitada		18 - Valor Unitário Solicitado		19 - Qtde. Autorizada		20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material				22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento									
7- 75043114				SUTURA CIRURGICA TRANCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09		2		2							
80083650067				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA											
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
24 - Especificação do Material															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 18/09/2023 / Empresa / Titular: FABRICA 1 MICROCERVEJARIA GASTRONOMICA EIRELI															
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização									