

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95071406
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
10/05/2024 09:46	95071406	09/07/2024

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000032215498	8 - Validade da Carteira 15/12/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social			
------------------	--	--	--

10 - Nome
CELSO LOMBARDI

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	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS	06	26535	41	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 13/05/2024 00:00
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica
RUPTURA DO MENISCO ATUAL

29 - CID 10 Principal (opcional) S832	30 - CID 10(2) (opcional) S832	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	30733022	SINOECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS	1	1
2- 22	30733057	MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5- [][]	[][][][][][][][][][]	_____	[][][][]	[][][][]
6- [][]	[][][][][][][][][][]	_____	[][][][]	[][][][]
7- [][]	[][][][][][][][][][]	_____	[][][][]	[][][][]
8- [][]	[][][][][][][][][][]	_____	[][][][]	[][][][]
9- [][]	[][][][][][][][][][]	_____	[][][][]	[][][][]
10- [][]	[][][][][][][][][][]	_____	[][][][]	[][][][]
11- [][]	[][][][][][][][][][]	_____	[][][][]	[][][][]
12- [][]	[][][][][][][][][][]	_____	[][][][]	[][][][]

Dados da autorização

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

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 10/05/2024 / Empresa / Titular: GESSICA PAIVA LOMBARDI

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
--------------------------	---	---