

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95205547
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 21/05/2024 16:08	5 - Senha 95205547	6 - Data de Validade da Senha 20/07/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000005232670	8 - Validade da Carteira 22/01/2026	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

PEDRO HENRIQUE GUISE MONDEK

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 RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 26535	17 - UF 41	18 - Código CBO 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 23/05/2024 00:00
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica

SINDR DO MANGUITO ROTADOR

29 - CID 10 Principal (opcional) M751	30 - CID 10(2) (opcional) M751	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	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
3- 22	30735041	LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 21/05/2024 / Empresa / Titular: MARCO AURELIO MONDEK

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