

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora <b>000007058918</b>									
4 - Data da Autorização <b>06/04/2023</b>		5 - Senha <b>000007058918</b>		6 - Data de validade da Senha <b>06/05/2023</b>							
Dados do Beneficiário / Paciente											
7 - Número da Carteira <b>265372 - Titular</b>		8 - Validade da carteira		9 - Atendimento a RN <b>N</b>							
10 - Nome completo <b>EMILDO GOMES SOARES</b>				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde <b>705007441475754</b>							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>									
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número no Conselho <b>19475</b>		17 - UF <b>PR</b>		18 - Código CBO S <b>225270</b>			
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação						21 - Data Sugerida para Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>									
22 - Caráter da Internação <b> 1 </b>		23 - Tipo de Internação <b> 2 </b>		24 - Regime de Internação <b> 1 </b>		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b> 001 </b>		26 - Previsão de uso de OPME <b> S </b>		27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>     </b>	
28 - Indicação clínica Síndrome do manguito rotador											
Hipótese Diagnóstica											
29 - CID 10 Principal (opcional) <b>M751</b>		30 - CID 10 (2) (opcional)		31 - CID 10 (3) (opcional)		32 - CID 10 (4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b> 9 </b>			
Procedimentos Solicitados											
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição				37 - Qtde. Solicit.		38 - Qtde. Aut.	
22		30735068		RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR				1		1	
22		30735033		ACROMI OPLASTIA				1		1	
18		60000805		DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA				1		1	
Dados da Autorização											
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas <b> 001 </b>		41 - Tipo da acomodação autorizada <b> 1  COLETIVO</b>							
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		43 - Nome do Prestador Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>				44 - Código CNES <b>2550792</b>					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: CAROLAINÉ RODRIGUES / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTÁVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL, protocolo de atendimento: 32675520230203786197, protocolo de atendimento: 32675520230406816365 Empresa / Titular: PASTIFICIO SELMI S/A Matrícula:											
46 - Data da Solicitação <b>06/04/2023 16:56</b>		47 - Assinatura do profissional solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			