

1 - Registro ANS
005711

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
106613819

4 - Data da Autorização
03/07/2024

5 - Senha
H9KYYR1

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira
847575200108016

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN
Não

50 - Nome Social

10 - Nome
MARIANA RAMOS GAVIOLI SANTOS

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora
434418

13 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

14 - Nome do Profissional Solicitante
Roberto Grange Gasparelli

15 - Conselho Profissional
CRM

16 - Número do Conselho
32428

17 - UF
PR

18 - Código CBO
322 MEDICO ORTOPEDISTA

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ
434418

20 - Nome do Hospital/ Local Solicitado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

21 - Data Sugerida para Internação (Real)
04/06/2024

22 - Caráter do Atendimento
ELETIVO

23 -Tipo de Internação
2

24 - Regime de Internação
HOSPITALAR

25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica
DN: ; DC: ; DA: ; I: ; P: ; GR: ; A: ; UTI: N; RV: N; OBS: SEGUE EM ANEXO O PEDIDO MEDICO

29 - CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
16	30733065	REPARO OU SUTURA 1 MENISCO - PROC VIDEOARTR JOELHO	1	1

Dados de Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar
04/06/2024

40 - Qtde. Diárias Autorizadas
1

41 - Tipo da Acomodação Autorizada
QUARTO PARTICULAR

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa
- ADM(REDE NACIONAL (0)) MED(- ADM(PL EMPRESARIAL/SPG - REDE NACIONAL (0)) MED(AUTORIZADO INTEGRAL. PROCEDIMENTOS E OPMEs AUTORIZADOS CONFORME SOLICITAÇÃO MÉDICA.) FIN(s/acomp)

46 - Data da Solicitação
01/06/2024

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS
005711

3 - Número da Guia Referenciada
106613819

4 - Senha
H9KYYR1

5 - Data da Autorização
03/07/2024

6 - Número da Guia Atribuído pela operadora
106613819

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira
847575200108016

29 - Nome Social

8 - Nome
MARIANA RAMOS GAVIOLI SANTOS

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante
Roberto Grange Gasparelli

10 - Telefone
33058345

11 - E-mail

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica
SEGUE EM ANEXO O PEDIDO MEDICO

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção Fabr.	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		
29 - Especificação do Material							
SEM	0000000000	DISP. REPAR. MENIS. CROSSFIX II, AGU. CURVAD E IMP. C/SUTURA	0	3	0	3	0
80044680449							
SEM	0000000000	CANULA DE DEBRIDACAO TP TIPO 12CMA 3,5X120MM	0	1	0	1	0
80777280107							

24 - Especificação do Conjunto de Materiais

25 - Observação / Justificativa

26 - Data da Solicitação
01/06/2024

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização