

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92252388
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 18/08/2023 14:04	5 - Senha 92252388	6 - Data de Validade da Senha 29/10/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 2010700790619096	8 - Validade da Carteira 01/04/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

MIRIANE GOMES BATISTA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA
---	--

14 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS CAJUEIRO FERNANDES	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28835	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 30/08/2023 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

lesao osteocondral do talus e tornozelo esq

29 - CID 10 Principal (opcional)	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- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
2- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
3- []	[]		[]	[]
4- []	[]		[]	[]
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 04.762.301/0001-03	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	44 - Código CNES 2758083
---	---	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 18/08/2023 / OPME MICROSERRA - material instrumental cirúrgico incluso em taxa hospitalar / Empresa / Titular: UNIM ED DE MARILIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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 de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

31/08/2023 14:14

5 - Senha

92393488

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

92393488

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

2010700790619096

31 - Nome Social

8 - Nome

MIRIANE GOMES BATISTA

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

04.762.301/0001-03

10 - Nome do Contratado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

11 - Nome do Profissional Solicitante

MARCOS CAJUEIRO FERNANDES

12 - Conselho Profissional

06

13 - Número do Conselho

28835

14 - UF

41

15 - Código CBO

225270

Dados da Internação

16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas

0

17 - Tipo da Acomodação Solicitada

1

18 - Indicação Clínica

COMPLEMENTO CONFORME JUNTA MEDICA

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut
1- 22	30734037	CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO	1	1
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>

Dados da autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

0

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

1

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 31/08/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE MARILIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92252388	4 - Senha 92252388	5 - Data da Autorização 18/08/2023 14:04	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92252388
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 2010700790619096	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome
MIRIANE GOMES BATISTA

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MARCOS CAJUEIRO FERNANDES	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica lesao osteocondral do talus e tornozelo esq lesao osteocondral do talus e tornozelo esq OPME MICROSERRA - material instrumental cirúrgico incluso em taxa hospitalar
--

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				
1-	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		1		1	
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00	72539526	PARAFUSO CANULADO HEXAGON EM ACO INOXIDAVEL NBR ISO 5832		1		1	
10209780045		CIRUSIL COM DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 18/08/2023 / OPME MICROSERRA - material instrumental cirúrgico incluso em taxa hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED DE MARILIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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