

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95344076
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 04/06/2024 11:13	5 - Senha 95344076	6 - Data de Validade da Senha 03/08/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000031832256	8 - Validade da Carteira 09/02/2026	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

DENISE TEIXEIRA REBELLO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante FABIO FRAGA MALULI DE OLIVEIRA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 39832	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0001-19	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação
--	--	------------------------------------

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

28 - Indicação Clínica

LESAO MENISCAL MEDIAL E SINOVITE / BURSITE SUPRA PATELAR EM JOELHO ESQUERDO

29 - CID 10 Principal (opcional) S832	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- 22	30733022	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS	1	1
2- 22	30733057	MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO	1	1
3- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	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- <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"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 78.614.971/0001-19	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	44 - Código CNES 2580055
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 04/06/2024 /**** EQUIPO 4 VIAS - PAGO EM CONTA **** / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DA COHAB LD

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 Referenciada 95344076		4 - Senha 95344076		5 - Data da Autorização 04/06/2024 11:13		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95344076							
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira 0050000031832256				29 - Nome Social											
8 - Nome DENISE TEIXEIRA REBELLO															
Dados do Profissional Solicitante															
9 - Nome do profissional solicitante FABIO FRAGA MALULI DE OLIVEIRA				10 - Telefone			11 - E-mail								
Dados da cirurgia															
12 - Justificativa técnica EM ANEXO LESAO MENISCAL MEDIAL E SINOVITE / BURSITE SUPRA PATELAR EM JOELHO ESQUERDO **** EQUIPO 4 VIAS - PAGO EM CONTA ****															
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- 00226041				EQUIPO DE IRRIGACAO ODHON MOD 170101030201		1				1					
80514500020															
2- 00 00499218				CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,4X4,5MM 891630000		1				1					
80356130052				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD											
3-															
4-															
5-															
6-															
24 - Especificação do Material															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 04/06/2024 /**** EQUIPO 4 VIAS - PAGO EM CONTA **** / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DA COHAB LD															
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização									