

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93134842
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 10/11/2023 09:16	5 - Senha 93134842	6 - Data de Validade da Senha 09/01/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000053301750	8 - Validade da Carteira 01/02/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

HELETEIA REGINA TANKE OLIVEIRA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28281	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 14/11/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 2	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
videartroscopia de joelho esquerdo

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- 22	30733090	TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEO	1	1
2- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
3- 22	30101522	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISAO E RETALH	1	1
4- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	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 12
---	---	---

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	44 - Código CNES 2550792
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 10/11/2023 / Empresa / Titular: FADEL & OLIVEIRA LTDA

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 93134842	4 - Senha 93134842	5 - Data da Autorização 10/11/2023 09:16	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93134842
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000053301750	29 - Nome Social

8 - Nome
HELETEIA REGINA TANKE OLIVEIRA

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia		
12 - Justificativa técnica	PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM, 0-60 GRAUS, ACOMPANHADO DE ABAULAMENTO ANTERIOR EM JOELHO ESQUERDO. DOR IMPORTANTE CAUSANDO LIMITAÇÃO . SOLICITO URGÊNCIA . vide artroscopia de joelho esquerdo	

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- 00	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
2- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
3- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
4- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
5- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
6- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 10/11/2023 / Empresa / Titular: FADEL & OLIVEIRA LTDA

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