

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93261514
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 22/11/2023 15:58	5 - Senha 93261514	6 - Data de Validade da Senha 21/01/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000040208241	8 - Validade da Carteira 10/09/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

JOAO VICTOR PESSOA BORGUETTE

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 RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23538	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 12/12/2023 07:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES DIARIAS

29 - CID 10 Principal (opcional) M199	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	30738040	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VID	1	1
2- 22	30738059	CONDRoplastia com sutura labral - procedimento videoartro	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

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 22/11/2023 / (1X) 00612103 - EQUIPO BOM INFUSAO ARTROBOMBA AEQU02 CÓDIGO JÁ CONTEMPLA O EQUIP O 10K E A BOMBA DE INFUSÃO // (1X) 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 - AUTORIZADO PARA PAGAMENTO EM CONTA HOSPI TALAR. / Empresa / Titular: ODONTOLOGIA PESSOA EIRELI

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93261514	4 - Senha 93261514	5 - Data da Autorização 22/11/2023 15:58	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93261514
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000040208241	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

JOAO VICTOR PESSOA BORQUETTE

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

ANEXO

IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES DIARIAS

(1X) 00612103 - EQUIPO BOM INFUSAO ARTROBOMBA AEQU02 CÓDIGO JÁ CONTEMPLA O EQUIPO 10K E A BOMBA DE INFUSÃO // (1X) 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 - AUTORIZADO PARA PAGAMENTO EM CONTA 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							
7- 00	00613282	OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80804050002			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 22/11/2023 / (1X) 00612103 - EQUIPO BOM INFUSAO ARTROBOMBA AEQU02 CÓDIGO JÁ CONTEMPLA O EQUIPO 10K E A BOMBA DE INFUSÃO // (1X) 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 - AUTORIZADO PARA PAGAMENTO EM CONTA HOSPITALAR. / Empresa / Titular: ODONTOLOGIA PESSOA EIRELI

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização