

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95528268
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 19/06/2024 21:39	5 - Senha 95528268	6 - Data de Validade da Senha 18/08/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000004710706	8 - Validade da Carteira 09/03/2026	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

GUILHERME LUIS DE CASTRO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32	13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23858	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 20/06/2024 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

RUPTURA DO MENISCO ATUAL

29 - CID 10 Principal (opcional) S832	30 - CID 10(2) (opcional) S832	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	30726220	OSTEOTOMIAS AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
2- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
3- 22	30733049	OSTEOCONDRPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	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 08.271.755/0001-32	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	44 - Código CNES 6074502
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 19/06/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA

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 95528268	4 - Senha 95528268	5 - Data da Autorização 19/06/2024 21:39	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95528268
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000004710706	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome	GUILHERME LUIS DE CASTRO
----------	---------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM JOELHO DIREITO, DEMONSTRADAS EM EXAMES FISICO E DE IMAGEM. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO. RUPTURA DO MENISCO ATUAL

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 72257709	SPBA - S FD/FP - SISTEMA DE PLACAS TUBO BLOQUEADAS DE AUTO	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
10247700052	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
2- 00 00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
80356130052	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
3- 00 78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_	2	_ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _
80044680449	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
4- 72252146	SPBA-S - SISTEMA DE FIXACAO RIGIDA DE PLACAS ESPECIAIS BLOQ	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
10247700053	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
5- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
6- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 19/06/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA

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