

1 - Registro ANS: 323080						3 - Nº da Guia na Operadora: 468319860		Situação Guia: Autorizado			
4 - Data da Autorização: 16/06/2023						5 - Senha: 90127313133		6 - Validade da Senha: 14/09/2023			
Dados do Beneficiário											
7 - Nº da Carteira: 3501002260940060						8 - Validade da Carteira: 30/11/2036		9 - Atendimento a RN: NAO			
50 - Nome Social:											
10 - Nome: LEONICE LUZIA ANTONIASSI											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código Contratado: 14050730				13 - Nome do Contratado: HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA							
14 - Nome do profissional Solicitante: GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA				15 - Conselho Profissional: CRM		16 - Número no Conselho: 30165		17 - UF: Paraná		18 - Código CBO: Médico ortopedista e traumatologista	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ: 14050730		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado: HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA						21 - Data sugerida para internação: 16/06/2023			
22 - Caráter do Atendimento: Eletivo		23 - Tipo da Internação: Cirúrgica		24 - Regime de Internação: Hospitalar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas: 1		26 - Uso de OPME: SIM		27 - Uso de quimioterápico: NAO	
28 - Indicação Clínica: SEGUE EM ANEXO PEDIDO MÉDICO.											
29 - CID 10 Principal:		30 - CID 10 (2):		31 - CID 10 (3):		32 - CID 10 (4):		33 - Acidente/Doença Relacionada:			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
34 - Tabela 1- 22		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 30726034		36 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO				37 - Qtde. Solic 1.00		38 - Qtde. Aut 1,00	
Dados da Autorização											
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar: 16/06/2023		40 - Qtde. Diárias Autorizadas: 1				41 - Tipo da Acomodação Autorizada: ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUNTO					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado: 14050730		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado: HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA						44 - Código CNES:			
45 - Observação / Justificativa: Prestador: --- GEAP:											
46 - Data da solicitação: 07/06/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante:		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável:				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização:			