

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90721631
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização 03/04/2023 16:57	5 - Senha 90721631	6 - Data de Validade da Senha 02/06/2023
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000039879332	8 - Validade da Carteira 24/03/2024	9 - Atendimento de RN N
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

CLAUDINEI DOS SANTOS

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.614.971/0002-08	13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI
-------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante PAULO MARCEL YOSHII	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 18504	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0002-08	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI	21 - Data sugerida para Internação 10/04/2023 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

FRATURA DE MALEOLO MEDIAL ESQUERDO DESVIADO

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	30734010	SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORN	1	1
2- 22	30728126	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CI	1	1
3- 22	30728142	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAME	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 78.614.971/0002-08	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI	44 - Código CNES 2577704
-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido em 03/04/2023 /*****- PERFURADOR INSTRUMENTAL*****/ Empresa / Titular: FATIMA SIMAO CARDOSO

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