

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95797660
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 13/07/2024 15:18	5 - Senha 95797660	6 - Data de Validade da Senha 11/09/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000060862370	8 - Validade da Carteira 15/10/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

JOAO WILTON UMBELINO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.080.017/0001-93	13 - Nome do Contratado INSTITUTO DE MEDICINA CIRURGIA E GINECOLOGIA LTDA EPP
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 26535	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.080.017/0001-93	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado INSTITUTO DE MEDICINA CIRURGIA E GINECOLOGIA LTDA EPP	21 - Data sugerida para Internação 16/07/2024 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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
3- 18	60000783	DIARIA DE HOSPITAL DIA ENFERMARIA	1	1
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 78.080.017/0001-93	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado INSTITUTO DE MEDICINA CIRURGIA E GINECOLOGIA LTDA EPP	44 - Código CNES 2729504
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3258-5020 / Emitido em 13/07/2024 / Empresa / Titular: GELPRIME INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS ALIMENTICIOS 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 95797660	4 - Senha 95797660	5 - Data da Autorização 13/07/2024 15:18	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95797660
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000060862370	29 - Nome Social

8 - Nome	JOAO WILTON UMBELINO
----------	----------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS	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		

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3258-5020 / Emitido em 13/07/2024 / Empresa / Titular: GELPRIME INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS ALIMENTICIOS LTDA

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