

1 - Registro ANS
343269

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

005 000 000 16 099 15

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento de RN

APD

10 - Nome Social

HERMANO ZAGHINI

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Guilherme Ogawa

15 - Conselho Profissional

CRM

16 - Número do Conselho

29657

17 - UF

PR

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

Evangelistas de Londrina

21 - Data sugerida para Internação

22 - Caráter do Atendimento

Externo

23 - Tipo de Internação

Ambu

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

Sim

27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

APRESENTA TRAUMA NO PÉDALAR ESQUERDO
COM LIMBOCÓSTO FUNCIONAL A DOR LOCAL.
INDICA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1				
2	302337044	Distensão do plástico	04	
3				
4				
5				
6	0101095599	Malha Chinesa Têxtil dupla	04	
7	002704244	Comma Suture mini 26mm - pontos retos	04	
8		Comma Suture mini 20mm - pontos curvos	04	
9		(All medic)		
10	01021199150	Sistema de mini endobolus Gm 20S	04	
11		mini		
12		(ARTEM)		

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar

04/03/23

40 - Qtde Diárias Autorizadas

41 - Tipo de Acomodação autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

Dr. Guilherme Ogawa
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM/PR: 29657

For necessário: All medic
+
ARTEM

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização