

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora <b>000007663776</b>									
4 - Data da Autorização <b>01/04/2024</b>		5 - Senha <b>000007663776</b>		6 - Data de validade da Senha <b>01/05/2024</b>							
Dados do Beneficiário / Paciente											
7 - Número da Carteira <b>424639 - Titular</b>		8 - Validade da carteira		9 - Atendimento a RN <b>N</b>							
50 - Nome Social											
10 - Nome <b>ANGELA APARECIDA TORRES VENZEL</b>											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>									
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número no Conselho <b>28806</b>		17 - UF <b>PR</b>		18 - Código CBO S <b>225270</b>			
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>				21 - Data Sugerida para Internação <b>11/03/2024 07:30:00</b>					
22 - Caráter da Internação <b> 1 </b>		23 - Tipo de Internação <b> 1 </b>		24 - Regime de Internação <b> 1 </b>		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b> 001 </b>		26 - Previsão de uso de OPME <b> S </b>		27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b> N </b>	
28 - Indicação clínica											
Hipótese Diagnóstica											
29 - CID 10 Principal (opcional) <b>S82</b>		30 - CID 10 (2) (opcional)		31 - CID 10 (3) (opcional)		32 - CID 10 (4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b> 9 </b>			
Procedimentos Solicitados											
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição				37 - Qtde. Solicit.		38 - Qtde. Aut.	
22		30710022		FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEAS				1		1	
22		30734029		SINOECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL				1		1	
18		60000805		DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA				1		1	
_		_		_				_		_	
_		_		_				_		_	
_		_		_				_		_	
_		_		_				_		_	
_		_		_				_		_	
_		_		_				_		_	
_		_		_				_		_	
_		_		_				_		_	
Dados da Autorização											
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar <b>11/03/2024 07:30:00</b>		40 - Qtde. Diárias Autorizadas <b> 001 </b>		41 - Tipo da acomodação autorizada <b> 1  COLETIVO</b>							
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		43 - Nome do Prestador Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>				44 - Código CNES <b>2550792</b>					
45 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MARIA.SANTOS / 01 SHAVER 01 CHAVE SESTAVADA ARTHROMContato Beneficiário : Telefone Celular ->   Telefone Fixo ->   Email -> angela.aparecida.torres1234@gmail.com - Contratado Solicitante: CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE LONDRINA LTDA Empresa / Titular: ANGELA APARECIDA TORRES VENZEL Matrícula:											
46 - Data da Solicitação <b>01/04/2024 08:24</b>		47 - Assinatura do profissional solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			