

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90980254
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização 26/04/2023 14:22	5 - Senha 90980254	6 - Data de Validade da Senha 25/06/2023
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000002655163	8 - Validade da Carteira 29/08/2023	9 - Atendimento de RN N
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

EUNICE CARDOSO RAGANHAN

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS DA FONSECA BORGHI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 26921	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 05/06/2023 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 N	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
-----------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------------

28 - Indicação Clínica

lesao de menisco joelho esquerdo

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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
3- 22	30733014	SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOEL	1	1
4- 98	09011218	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO - ENF	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 78.613.841/0001-61	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	44 - Código CNES 2550792
-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 26/04/2023 /****EQUIPO DE SORO 4 VIAS + CAPA DE VIDEO - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: ASSOCIACA O DE MORADORES DO CONJ HABITACIONAL SAO JOSE

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 90980254	4 - Senha 90980254	5 - Data da Autorização 26/04/2023 14:22	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90980254
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000002655163	29 - Nome Social
---------------------------------------------------	------------------

8 - Nome
EUNICE CARDOSO RAGANHAN

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante LUCAS DA FONSECA BORGHI	10 - Telefone	11 - E-mail
------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica paciente com rotura complexa no joelho esquerdo com artropatia degenerativa tricompartmental femoropatelar com sinovial lesao de menisco joelho esquerdo ****EQUIPO DE SORO 4 VIAS + CAPA DE VIDEO - PAGO EM CONTA

OPME Solicitadas

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 26/04/2023 /*****EQUIPO DE SORO 4 VIAS + CAPA DE VIDEO - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DE MORADORES DO CONJ HABITACIONAL SAO JOSE

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