

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92626998
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 22/09/2023 16:53	5 - Senha 92626998	6 - Data de Validade da Senha 21/11/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000002446599	8 - Validade da Carteira 21/10/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

SUZIMAR DINIZ VENANCIO VASCONCELLOS

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 GUILHERME OGAWA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 29657	17 - UF 41	18 - Código CBO 225295

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 25/09/2023 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

LESÃO DA FOBROCARILAGEM TRIANGULAR EM PUNHO 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) 2
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30737052	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU	1	1
2- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1
3- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12
---	---	---

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 22/09/2023 / Empresa / Titular: MARCOS CIBISCHINI DO AMARAL VASCONCELLOS

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 92626998	4 - Senha 92626998	5 - Data da Autorização 22/09/2023 16:53	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92626998
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000002446599	29 - Nome Social

8 - Nome	SUZIMAR DINIZ VENANCIO VASCONCELLOS
----------	-------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante GUILHERME OGAWA	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia		
12 - Justificativa técnica SOFREU TRAUMA LOCAL E EVOLUIU COM LESÃO DA FIBROCARILAGEM TRIANGULAR DO PUNHO ESQUERDO. ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO CO URGENCIA LESÃO DA FOBROCARILAGEM TRIANGULAR EM PUNHO ESQUERDO		

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 22/09/2023 / Empresa / Titular: MARCOS CIBISCHINI DO AMARAL VASCONCELLOS

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