

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>92749986</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>04/10/2023 13:50</b>	5 - Senha <b>92749986</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>03/12/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001797541</b>	8 - Validade da Carteira <b>29/10/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**CLEUSA SIMOES RODRIGUES**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>04.169.712/0001-90</b>	13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO NORTE PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER</b>
---	--

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>JULIO CESAR BORIN</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>15113</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
---	---	---	----------------------	----------------------------------

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>04.169.712/0001-90</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO NORTE PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>11/10/2023 00:00</b>
--	---	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>N</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

PACIENTE COM CORREÇÃO CIRURGICA DE JOANETE EM HÁLUX direito COM DOR E PARESTESIA E SALIÊNCIA EM REGIÃO DE HALUX PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE COM SINAIS DE OSTEÓLISE

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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>40811026</b>	<b>RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRURGIC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>31403123</b>	<b>EXPLORACAO CIRURGICA DE NERVO (NEUROLISE EXTERNA)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30710022</b>	<b>RETIRADA DE FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-O</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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 <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>04.169.712/0001-90</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO NORTE PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER</b>	44 - Código CNES <b>2576341</b>
---	---	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3275-0200 / Emitido em 04/10/2023 / Empresa / Titular: CLEUSA SIMOES RODRIGUES

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---