

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
000500000598664818 - Validade da Carteira
31/07/20239 - Atendimento a RN
N10 - Nome
BRUNA CAROLINA BORGES MARTINS

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado
VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO14 - Nome do Profissional Solicitante
VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO15 - Conselho Profissional
616 - Número no Conselho
3229817 - UF
Pr18 - Código CBO
225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ
08.271.755/0001-3220 - Nome do Hospital / Local Solicitado
HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA21 - Data sugerida para internação
14/08/202322 - Caráter do atendimento
123 - Tipo de Internação
224 - Regime de Internação
325 - Qtde. Diárias Solicitadas
126 - Previsão de uso de OPME
S27 - Previsão de uso de quimioterápico
S28 - Indicação Clínica
Recidiva de sinovite da tibiotalar anterior e posterior e ruptura espontânea do ELD durante reabilitação Plano: Sinovectomia total + reparo do ELD esquerdo Material: Lamina de shaver 4,5mm29 - CID 10 Principal
M65930 - CID 10 (2)
031 - CID 10 (3)
032 - CID 10 (4)
033 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

Procedimentos Solicitados

	34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1 -	22	30734010	Sinovectomia total - procedimento videoartr	1	1
2 -	22	30731160	Tenorrafia única em outras regiões	1	1
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
10 -					
11 -					
12 -					

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas
041 - Tipo da Acomodação Autorizada
042 - Código na Operadora / CNPJ autorizado
0

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES
9999999

45 - Observação / Justificativa

46 - Data de Solicitação
31/07/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização