

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora <b>000007876409</b>									
4 - Data da Autorização <b>12/07/2024</b>		5 - Senha <b>000007876409</b>		6 - Data de validade da Senha <b>04/08/2024</b>							
Dados do Beneficiário / Paciente											
7 - Número da Carteira <b>376249 - Dependente</b>		8 - Validade da carteira		9 - Atendimento a RN <b>N</b>							
10 - Nome completo <b>LIVIA MEDEIROS GERMANO</b>				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde <b>706407639842786</b>							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>10267743</b>		13 - Nome do Contratado <b>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMBE</b>									
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>THAILA ANDRESSA YOSHII DE FREITAS</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número no Conselho <b>35664</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>10267743</b>		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado <b>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMBE</b>				21 - Data Sugerida para Internação					
22 - Caráter da Internação <b>[1]</b>		23 - Tipo de Internação <b>[2]</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>[ ]</b>	
28 - Indicação clínica Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado											
Hipótese Diagnóstica											
29 - CID 10 Principal (opcional) <b>Z00</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		2			
22		30729190		OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE - TRATAMENTO		1		1			
22		30729203		OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES -		2		2			
22		30729220		PE PLANO/PE CAVO/COALISAO TARSAL - TRATAMENTO CIRURGICO		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		40 - Qtde. Diárias Autorizadas <b>[001]</b>		41 - Tipo da acomodação autorizada <b>[1] COLETIVO</b>							
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>10267743</b>		43 - Nome do Prestador Autorizado <b>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMBE</b>								44 - Código CNES <b>2730650</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43) 3174-3100 / Emitido Por: JULIA.BARROS / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL, protocolo de atendimento: 32675520240705071612 Autorizados materiais solicitados, empresa ALL MEDIC. Conforme ID 3820787. Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva). OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa. Para autorização de faturamento é necessário a apresentação da(s) etiqueta(s) de rastreabilidade conforme a RDC nº 14, de 5 de abril de 2011. Empresa / Titular: FRANCIMARI MEDEIROS GERMANO Matrícula:											
46 - Data da Solicitação <b>05/07/2024 16:07</b>		47 - Assinatura do profissional solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			