

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>93109507</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br><b>08/11/2023 13:50</b> | 5 - Senha<br><b>93109507</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>09/01/2024</b> |
|--|------------------------------|--|

## Dados do Beneficiário

|   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>8650001617164007</b> | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---|--------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

**FLAVIO ALVES PEREIRA**

## Dados do Contratado Solicitante

|   |   |
|---|---|
| 12 - Código na Operadora<br><b>78.613.841/0001-61</b> | 13 - Nome do Contratado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> |
|---|---|

|   |   |   |                      |                                  |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>LUCAS DA FONSECA BORGHI</b> | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 16 - Número do Conselho<br><b>26921</b> | 17 - UF<br><b>41</b> | 18 - Código CBO<br><b>225270</b> |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|

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

|  |  |   |
|--|--|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>78.613.841/0001-61</b> | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>18/12/2023 00:00</b> |
|--|--|---|

|   |                                     |                                       |  |  |  |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 23 - Tipo de Internação<br><b>C</b> | 24 - Regime de Internação<br><b>1</b> | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>2</b> | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>N</b> | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br><b>N</b> |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

28 - Indicação Clínica

VIDEOARTROSCOPIA JOELHO DIREITO

|                                  |                           |                           |                           |   |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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)<br><b>9</b> |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|

## 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       | 30733103                    | INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET | 1                 | 1               |
| 3- 22       | 30733049                    | OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # | 1                 | 1               |
| 4- 98       | 09011218                    | PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO - ENF                              | 1                 | 1               |
| 5- 18       | 60000805                    | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1                 | 1               |
| 6- 18       | 60024151                    | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR  | 1                 | 1               |
| 7-          |                             |  |                   |                 |
| 8-          |                             |  |                   |                 |
| 9-          |                             |  |                   |                 |
| 10-         |                             |  |                   |                 |
| 11-         |                             |  |                   |                 |
| 12-         |                             |  |                   |                 |

## Dados da autorização

|   |   |  |
|---|---|--|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>2</b> | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>1</b> |
|---|---|--|

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br><b>78.613.841/0001-61</b> | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> | 44 - Código CNES<br><b>2550792</b> |
|---|--|------------------------------------|

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 08/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM QUANTO AOS MATERIAIS: - (1X) CAPA DE VÍDEO - (1X) EQUIPO DE SORO 4 VIAS EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL

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

|                                   |  |                              |  |  |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Referenciada<br><b>93109507</b> | 4 - Senha<br><b>93109507</b> | 5 - Data da Autorização<br><b>08/11/2023 13:50</b> | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br><b>93109507</b> |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

### Dados do Beneficiário

|   |                  |
|---|------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>8650001617164007</b> | 29 - Nome Social |
|---|------------------|

|                             |
|-----------------------------|
| 8 - Nome                    |
| <b>FLAVIO ALVES PEREIRA</b> |

### Dados do Profissional Solicitante

|  |               |             |
|--|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante<br><b>LUCAS DA FONSECA BORGHI</b> | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|--|---------------|-------------|

### Dados da cirurgia

|   |
|---|
| 12 - Justificativa técnica<br>video joelho direito<br>VIDEOARTROSCOPIA JOELHO DIREITO<br>AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM QUANTO AOS MATERIAIS: - (1X) CAPA DE VÍDEO - (1X) EQUIPO DE SORO 4 VIAS EM CONTA HOSPITALAR |
|---|

## OPME Solicitadas

[illegible]

|                                |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do Material |
|--------------------------------|

|   |
|---|
| 25 - Observação / Justificativa   |
| Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 08/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM QUANTO AOS MATERIAIS: - (1X) CAPA DE VÍDEO - (1X) EQUIPO DE SORO 4 VIAS EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL |

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