

1 - Registro ANS
4217153 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
966028344 - Data da Autorização
11/08/20235 - Senha
GAWXS71

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira
954080021490017

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN
Não

50 - Nome Social

10 - Nome
ROSINETI MARQUES SAIKAWA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora
43441813 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA14 - Nome do Profissional Solicitante
Ciro Veronese dos Santos15 - Conselho Profissional
CRM16 - Número do Conselho
2385817 - UF
PR18 - Código CBO
322 MEDICO ORTOPEDISTA

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ
43441820 - Nome do Hospital/ Local Solicitado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA21 - Data Sugerida para Internação (Real)
04/08/202322 - Caráter do Atendimento
ELETIVO23 - Tipo de Internação
224 - Regime de Internação
HOSPITALAR25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

DN: ; DC: ; DA: ; I: ; P: ; GR: ; A: ; UTI: N; RV: N; OBS: SEGUE EM ANEXO PEDIDO MÉDICO.

29 - CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
16	30733022	SINOECTOMIA PARCIAL OU SUBT - VIDEOARTR JOELHO	1	1
16	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - VIDEOARTROSC JOELHO	1	1
16	30733065	REPARO OU SUTURA 1 MENISCO - PROC VIDEOARTR JOELHO	1	1

Dados de Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar
04/08/202340 - Qtde. Diárias Autorizadas
141 - Tipo da Acomodação Autorizada
QUARTO PARTICULAR

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

- ADM(REDE NAC FLEX (102) - PL. EMPRESARIAL) MED(SOLICITAÇÃO AUTORIZADA.) FIN(c/acomp)

46 - Data da Solicitação
31/07/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS 421715	3 - Número da Guia Referenciada 96602834	4 - Senha GAWXS71	5 - Data da Autorização 11/08/2023	6 - Número da Guia Atribuído pela operadora 96602834
----------------------------	---	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 954080021490017	8 - Nome ROSINETI MARQUES SAIKAWA
---	--------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante Ciro Veronese dos Santos	10 - Telefone 33058254	11 - E-mail eletivas.hospcoracao@gmail.com
--	---------------------------	---

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica SEGUE EM ANEXO PEDIDO MÉDICO.

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção Fabr.	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material	22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento					
29 - Especificação do Material							
SEM	0000000000	CANULA DE DEBRIDAÇÃO	0	1	0	1	0
80777280105							

24 - Especificação do Conjunto de Materiais

25 - Observação / Justificativa

26 - Data da Solicitação 31/07/2023	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---