

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90731159 |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|

| | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização 04/04/2023 11:45 | 5 - Senha 90731159 | 6 - Data de Validade da Senha 03/06/2023 |
|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000009934963 | 8 - Validade da Carteira 07/08/2023 | 9 - Atendimento de RN N |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

FABIO JUNIOR PEREIRA

Dados do Contratado Solicitante

| | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32 | 13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 26535 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

| | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32 | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA | 21 - Data sugerida para Internação 17/04/2023 00:00 |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

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

28 - Indicação Clínica

S832 Reparo ou Sutura de menisco

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 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) 9 |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

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 | 30733049 | OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # | 1 | 1 |
| 3- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 |
| 4- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 5- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dados da autorização

| | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32 | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA | 44 - Código CNES 6074502 |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 04/04/2023 / Empresa / Titular: NORTOX S/A

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

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