

|  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>326755</b>  |  | 3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora<br><b>000006958890</b>                                 |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 4 - Data da Autorização<br><b>07/02/2023</b>   |  | 5 - Senha<br><b>000006958890</b>   |  | 6 - Data de validade da Senha<br><b>09/03/2023</b>                     |  |  |  |   |  |  |  |
| Dados do Beneficiário / Paciente   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira<br><b>127855 - Titular</b>  |  | 8 - Validade da carteira   |  | 9 - Atendimento a RN<br><b>N</b>                                       |  |  |  |   |  |  |  |
| 10 - Nome completo<br><b>EDENOR JOSE ROSA</b>  |  |  |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br><b>703001892743379</b>      |  |  |  |   |  |  |  |
| Dados do Contratado Solicitante  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>946</b>  |  | 13 - Nome do Contratado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>                |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>JONAS JOSE BLANCO</b>  |  | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b>  |  | 16 - Número no Conselho<br><b>6664</b>                                 |  | 17 - UF<br><b>PR</b>                           |  | 18 - Código CBO S<br><b>225270</b>  |  |  |  |
| Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação   |  |  |  |  |  | 21 - Data Sugerida para Internação             |  |   |  |  |  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>946</b>  |  | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 22 - Caráter da Internação<br><b>[1]</b>   |  | 23 - Tipo de Internação<br><b>[2]</b>  |  | 24 - Regime de Internação<br><b>[1]</b>                                |  | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>[001]</b> |  | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>[S]</b>                                |  | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br><b>[ ]</b> |  |
| 28 - Indicação clínica<br>Síndrome do manguito rotador   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| Hipótese Diagnóstica   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 29 - CID 10 Principal (opcional)<br><b>M751</b>  |  | 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 Solicitados  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 34 - Tabela  |  | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial   |  | 36 - Descrição   |  | 37 - Qtde. Solicit.                            |  | 38 - Qtde. Aut.   |  |  |  |
| 22   |  | 30735033   |  | ACROMIOPLASTIA   |  | 1  |  | 1   |  |  |  |
| 22   |  | 30735068   |  | RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR  |  | 1  |  | 1   |  |  |  |
| 22   |  | 30735092   |  | TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS                                    |  | 1  |  | 1   |  |  |  |
| 18   |  | 60000805   |  | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA           |  | 1  |  | 1   |  |  |  |
| 18   |  | 60024151   |  | ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA                  |  | 1  |  | 1   |  |  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]   |  |  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]   |  |  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]   |  |  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]   |  |  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]   |  |  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]   |  |  |  |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]   |  |  |  |
| Dados da Autorização   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 39 - Data Provável de Admissão Hospitalar  |  | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas<br><b>[001]</b>   |  | 41 - Tipo da acomodação autorizada<br><b>[41] QUARTO COMPARTILHADO</b> |  |  |  |   |  |  |  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>946</b>  |  | 43 - Nome do Prestador Autorizado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>      |  |  |  |  |  |   |  | 44 - Código CNES<br><b>2550792</b>                   |  |
| 45 - Observação / Justificativa<br>Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: ALINE.SILVA / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL protocolo de atendimento: 32675520230105773462<br>Empresa / Titular: EDENOR JOSE ROSA Matrícula: |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 46 - Data da Solicitação<br><b>07/02/2023 12:43</b>  |  | 47 - Assinatura do profissional solicitante  |  | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                         |  |  |  | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização                           |  |  |  |