

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92801309
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 09/10/2023 17:20	5 - Senha 92801309	6 - Data de Validade da Senha 08/12/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000042288986	8 - Validade da Carteira 20/04/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

GILSON APARECIDO TOMAI

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23538	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 15/10/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 92717094 motivo troca de hospital

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	30738040	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VID	1	1
2- 22	30738059	CONDRoplastia com sutura labral - procedimento videoartro	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5- 00	00613282	OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989	2	2
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 2	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

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

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 09/10/2023 /****1 OPSITES (STERIL DRAPE) - pago em conta / Empresa / Titular: FABIANA HELOISE TAVIAN

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92801309	4 - Senha 92801309	5 - Data da Autorização 09/10/2023 17:20	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92801309
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000042288986	29 - Nome Social
8 - Nome GILSON APARECIDO TOMAI	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO - REVALIDAR A GUIA 92717094 - motivo troca de hospital</p> <p>INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 92717094 motivo troca de hospital</p> <p>****1 OPSITES (STERIL DRAPE) - pago em conta</p>

OPME Solicitadas															
13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material		14 - Código do Material		15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante		16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento		17 - Qtde. Solicitada		18 - Valor Unitário Solicitado		19 - Qtde. Autorizada		20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00		00612103		EQUIPO BOM INFUSAO ARTROBOMBA AEQU02		_	1		_ _ _ _ ,	_ _	1		_ _ _ _ ,	_ _	
81130100006				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
2-		03032256		INSERTO ELETRODO VAPORIZACAO 90 GRAUS 150MM 11010021		_	1		_ _ _ _ ,	_ _	1		_ _ _ _ ,	_ _	
80044680442				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
3-		78890578		ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A		_	2		_ _ _ _ ,	_ _	2		_ _ _ _ ,	_ _	
80083650087				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
4-		00241202		TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009		_	2		_ _ _ _ ,	_ _	2		_ _ _ _ ,	_ _	
80371250020				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
5- 00		78891353		SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX,		_	2		_ _ _ _ ,	_ _	2		_ _ _ _ ,	_ _	
80083650084				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
6-		00308137		LAMINA SHAVER BROCA OVAL PARTES OSSEAS 5,5X240MM INOX - B		_	2		_ _ _ _ ,	_ _	2		_ _ _ _ ,	_ _	
81130100002				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 09/10/2023 /*****1 OPSITES (STERIL DRAPE) - pago em conta / Empresa / Titular: FABIANA HELOISE TAVIAN

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