

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93551896
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 19/12/2023 16:08	5 - Senha 93551896	6 - Data de Validade da Senha 17/02/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000044935555	8 - Validade da Carteira 05/08/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

LUCIANA DA SILVA

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 LUCAS DA FONSECA BORGHI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 26921	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 22/01/2024 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 N	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

ligamento cruzado 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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
2- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
3- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 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 19/12/2023 / *** CAPA + EQUIPO --- PAGO EM CONTA *** / Empresa / Titular: HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA

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 93551896	4 - Senha 93551896	5 - Data da Autorização 19/12/2023 16:08	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93551896
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000044935555	29 - Nome Social

8 - Nome	LUCIANA DA SILVA
----------	------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante LUCAS DA FONSECA BORGHI	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
12 - Justificativa técnica paciente com rotura completa do ligamento cruzado anterior joelho direito ligamento cruzado joelho direito *** CAPA + EQUIPO --- PAGO EM CONTA ***

OPME Solicitadas																								
13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material		14 - Código do Material						15 - Descrição							16 - Opção		17 - Qtde. Solicitada		18 - Valor Unitário Solicitado		19 - Qtde. Autorizada		20 - Valor Unitário Autorizado	
								22 - Referência do material no fabricante							23 - N° Autorização de Funcionamento									
1-		76621995						CANULA DE DEBRIDACAO AT - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM							_	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80777280105								ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							_ _ _ _ _ _ _ _ _									
2- 00		00116700						CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200							_	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80743230025								ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							_ _ _ _ _ _ _ _ _									
3- 00		00597007						PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB							_	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _		2		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680085								ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							_ _ _ _ _ _ _ _ _									
4- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____						_____							_	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _						_ _ _ _ _ _ _ _ _							_ _ _ _ _ _ _ _ _									
5- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____						_____							_	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _						_ _ _ _ _ _ _ _ _							_ _ _ _ _ _ _ _ _									
6- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____						_____							_	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _						_ _ _ _ _ _ _ _ _							_ _ _ _ _ _ _ _ _									

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 19/12/2023 /*** CAPA + EQUIPO --- PAGO EM CONTA *** / Empresa / Titular: HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA

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