

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora <b>000007900365</b>									
4 - Data da Autorização <b>17/07/2024</b>		5 - Senha <b>000007900365</b>		6 - Data de validade da Senha <b>16/08/2024</b>							
Dados do Beneficiário / Paciente											
7 - Número da Carteira <b>67572 - Dependente</b>		8 - Validade da carteira		9 - Atendimento a RN <b>N</b>							
50 - Nome Social											
10 - Nome <b>RAQUEL CLEIDE SILVA E SOUZA</b>											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>									
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>FABIO FRAGA MALULI DE OLIVEIRA</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número no Conselho <b>39832</b>		17 - UF <b>PR</b>		18 - Código CBO S <b>225270</b>			
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>					21 - Data Sugerida para Internação				
22 - Caráter da Internação <b> 1 </b>		23 - Tipo de Internação <b> 2 </b>		24 - Regime de Internação <b> 1 </b>		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b> 001 </b>		26 - Previsão de uso de OPME <b> S </b>		27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>     </b>	
28 - Indicação clínica Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado											
Hipótese Diagnóstica											
29 - CID 10 Principal (opcional) <b>Z00</b>		30 - CID 10 (2) (opcional)		31 - CID 10 (3) (opcional)		32 - CID 10 (4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b> 9 </b>			
Procedimentos Solicitados											
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição				37 - Qtde. Solicit.		38 - Qtde. Aut.	
22		30733049		OSTEOCONDROPLASTIA E ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #				1		1	
22		30733065		REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO				1		1	
18		60000651		DIARIA DE APARTAMENTO STANDARD				1		1	
Dados da Autorização											
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas <b> 001 </b>		41 - Tipo da acomodação autorizada <b> 13  INDIVIDUAL</b>							
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>946</b>		43 - Nome do Prestador Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>					44 - Código CNES <b>2550792</b>				
45 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: 43 33781000 / Emitido Por: THAIS.SILVA / PLANO ADAPTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL.protocolo de atendimento: 32675520240702068083 Empresa / Titular: RAQUEL CLEIDE SILVA E SOUZA Matrícula:											
46 - Data da Solicitação <b>17/07/2024 16:28</b>		47 - Assinatura do profissional solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			