

1 - Registro ANS 343269		3 - N° da guia Atribuído pela Operadora 000091232488	
4 - Data da Autorização 22/05/2023		5 - Senha 000091232488	
6 - Data de validade da Senha 17/07/2023			
7 - Número da Carteira 0050000030649482 - Dependente		8 - Validade da carteira 03/2024	
9 - Atendimento a RN N			
10 - Nome completo PAULA MARINA NOBRE		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 705006656480557	
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 78.613.841/0001-61		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	
14 - Nome do Profissional Solicitante WALTER TAKI		15 - Conselho Profissional 06	
16 - Número no Conselho 18000		17 - UF 41	
18 - Código CBO S 225125			
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 78.613.841/0001-61		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	
21 - Data Sugerida para Internação			
22 - Caráter da Internação [1]		23 - Tipo de Internação [2]	
24 - Regime de Internação [1]		25 - Qtde. Diárias Solicitadas [001]	
26 - Previsão de uso de OPME []		27 - Previsão de uso de Quimioterápico []	
28 - Indicação clínica ARTROSE QUADRIL			
29 - CID 10 Principal (opcional) M199			
30 - CID 10 (2) (opcional)			
31 - CID 10 (3) (opcional)			
32 - CID 10 (4) (opcional)			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]			
34 - Tabela 22 30738040 22 30738059 18 60000554 18 60024151			
35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
36 - Descrição TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL - PROCEDIMENTO DIÁRIA DE APARTAMENTO SIMPLES ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA			
37 - Qtde. Solic. 1 1 1 1			
38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1			
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar			
40 - Qtde. Diárias Autorizadas [001]			
41 - Tipo da acomodação autorizada [12] APARTAMENTO			
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 78.613.841/0001-61			
43 - Nome do Prestador Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA			
44 - Código CNES 2550792			
45 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: (43)3378-1000 / ***** GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA // HONORÁRIO DO MÉDICO COOPERADO SERÁ POR CONTA DO CLIENTE***** Empresa / Titular: MARIA DE FATIMA CATARINO NOBRE			
46 - Data da Solicitação ___ / ___ / ___			
47 - Assinatura do profissional solicitante			
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			