

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92159255
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 10/08/2023 11:17	5 - Senha 92159255	6 - Data de Validade da Senha 09/10/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000004076314	8 - Validade da Carteira 27/11/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

IVO ALVES DE OLIVEIRA

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 GUILHERME OGAWA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 29657	17 - UF 41	18 - Código CBO 225295
---	---	---	----------------------	----------------------------------

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 29/08/2023 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 S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

DISSOCIAÇÃO ESCAFOLUNAS E EPICONDILITE LATERAL EM PUNHO E COTOVELO 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	30737044	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA (E	1	1
2- 22	30737052	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU	1	1
3- 22	30731089	TENODESE	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 10/08/2023 / Empresa / Titular: IVO ALVES DE OLIVEIRA

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 92159255	4 - Senha 92159255	5 - Data da Autorização 10/08/2023 11:17	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92159255
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000004076314	29 - Nome Social

8 - Nome	IVO ALVES DE OLIVEIRA
----------	-----------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante GUILHERME OGAWA	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
12 - Justificativa técnica APRESENTA DISSOCIAÇÃO ESCAFO-LUNAR COM EPICONDILITE LATERAL EM PUNHO E COTOVELO DIREITO. ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DISSOCIAÇÃO ESCAFOLUNAS E EPICONDILITE LATERAL EM PUNHO E COTOVELO DIREITO

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 - Nº Autorização de Funcionamento									
1-	00	00695599			MALHA TRACAO DUPLA MEDIA 740720000	_	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
	80356130036				ALL MEDIC COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIREL	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
2-	70917590				LAMINA PARA SHAVER SETORMED MINI - 004 01 07 01 CORTADOR DE	_	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
	80777280007				ALL MEDIC COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIREL	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
3-	00686476				AGULHA FLEXIVEL SUTURA ENCAIXE EXPRESSEWII 1,5X238MM V5.15	_	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
	81049370005				ALL MEDIC COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIREL	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
4-	75030101				PARAFUSO CANULADO PARA PEQUENOS E GRANDES FRAGMENTOS	_	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
	80083650041				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
5-	71699104				ANCORA DE SUTURA ORTOPEDICA ANCORTEC - 103.00217 ANCORTE	_	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
	10208610066				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
6-	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 10/08/2023 / Empresa / Titular: IVO ALVES DE OLIVEIRA

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