

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93613939
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 29/12/2023 16:56	5 - Senha 93613939	6 - Data de Validade da Senha 27/02/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000002930132	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

MARIA DA GLORIA COSTA VICENTINI

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 75.403.287/0001-08	13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE ARAPONGAS
---	--

14 - Nome do Profissional Solicitante JULIO CESAR BORIN	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 15113	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 75.403.287/0001-08	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE ARAPONGAS	21 - Data sugerida para Internação 03/01/2024 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 S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

AO EXAME FÍSICO PACIENTE COM DEFORMIDADE EM 5º DEDO DO PÉ esquerdo COM ARTROSE EM 5º MTF DE PÉ esquerdo COM E INCAPACIDADE FUNCIONAL ASSOCIADA A DIFICULDADE DE CALÇAR SAPATOS FECHADOS

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	30731208	TENOTOMIA	1	1
2- 22	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT	1	1
3- 00	00613282	OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 75.403.287/0001-08	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE ARAPONGAS	44 - Código CNES 2576198
---	---	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido em 29/12/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM.favoravel a tenotomia e a osteotomia. desfavoravel a deformidade dos dedos pois a osteotomia e a tenotomia sao tecnicas cirurgicas para a correcao desta deformidade. conforme INSTRUcoes GERAIS do ROL DE PROCEDIMENTOS MEDICOS UNIMED, TABELA DE BAIXO RISCO E RACIONALIZACAO, no item 14. VALORACAO DOS ATOS CIRURGICOS, 14.5 Quando um ato cirurgico for parte integrante de outro, valorar-se-a nao o somatorio do conjunto, mas apenas o ato principal.favoravel ao fio K / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA

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

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