

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93357715</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>01/12/2023 07:29</b>	5 - Senha <b>93357715</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>18/02/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0320000075777576</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**JESSICA FERNANDA MORESCO**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>	13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28806</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>78.613.841/0001-61</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>17/12/2023 00:00</b>			
22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

28 - Indicação Clínica

LESAO LIGAMENTAR HALLUX

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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30734053</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
2- <b>22</b>	<b>30729181</b>	<b>HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
3- <b>22</b>	<b>30729203</b>	<b>OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30731127</b>	<b>TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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 <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</b>
---	---	---

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	44 - Código CNES <b>2550792</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 01/12/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>93357715</b>	4 - Senha <b>93357715</b>	5 - Data da Autorização <b>01/12/2023 07:29</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93357715</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0320000075777576</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	JESSICA FERNANDA MORESCO
----------	--------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
12 - Justificativa técnica LESAO LIGAMENTAR + HALLUX LESAO LIGAMENTAR HALLUX

OPME Solicitadas							
13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_    1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
2- 00	72466146	ANCORA COM APLICADOR DESCARTAVEL - 2831-027/ 39.44.04.00027 -	_    2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10417940137		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
3- 00	101445270	HTA - HEADLESS TITANIUM ANCHOR - 315-35-01-00 HTA 3,5 X 10,0MM	_    2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10247700152		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
4- 00	76221229	ANCORA EM PEEK COM INSERIOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR	_    2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10247700123		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
5- 00	00176290	FIO KIRSCHNER 1,5X300MM 1021-01-300	_    1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10171110015		CIRUSIL COM DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
6- 00	78611920	PARAFUSOS OMEGATECH BISELADOS TECHIMPORT - TI014.1030.034-	_    4		_ _ _ _ _ _ _ _ _	4	_ _ _ _ _ _ _ _ _
81118460046		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 01/12/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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

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