

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>90916883</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br><b>20/04/2023 09:17</b> | 5 - Senha<br><b>90916883</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>19/06/2023</b> |
|--|------------------------------|--|

## Dados do Beneficiário

|   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>1510000030373544</b> | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---|--------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

**MARLETE SAMPATO CHERUBIM**

## Dados do Contratado Solicitante

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

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

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>78.613.841/0001-61</b> | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b> | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>24/04/2023 00:00</b> |  |  |  |
| 22 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b>                      | 23 - Tipo de Internação<br><b>C</b>  | 24 - Regime de Internação<br><b>1</b>                         | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>1</b> | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>S</b> | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br><b>N</b> |

28 - Indicação Clínica

PÉ PLANO/ ARTROSE/ TORNOZELO/ PÉ 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)<br><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>30734045</b>             | <b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 2- <b>22</b>  | <b>30734029</b>             | <b>SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS</b>   | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 3- <b>22</b>  | <b>30731224</b>             | <b>TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO</b>                                  | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 4- <b>22</b>  | <b>30731089</b>             | <b>TENODESE</b>  | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 5- <b>22</b>  | <b>30729041</b>             | <b>ARTRODESE DE TARSO E/OU MEDIO PE - TRATAMENTO CIRURGICO</b>       | <b>3</b>          | <b>3</b>        |
| 6- <b>18</b>  | <b>60000805</b>             | <b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>  | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 7- <b>18</b>  | <b>60024151</b>             | <b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>   | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 8- <b>11</b>  | <b>30731089</b>             | <b>TENODESE</b>  | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 9- <b>11</b>  | <b>30731089</b>             | <b>TENODESE</b>  | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 10- <b>11</b> | <b>30731089</b>             | <b>TENODESE</b>  | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 11- <b>11</b> | <b>30731089</b>             | <b>TENODESE</b>  | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 12- <b>11</b> | <b>30731089</b>             | <b>TENODESE</b>  | <b>1</b>          | <b>1</b>        |

## Dados da autorização

|   |   |  |
|---|---|--|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>1</b> | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>1</b> |
|---|---|--|

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

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 20/04/2023 /AUTORIZADO PARCIAL. DESFAVORAVEL CONFORME A UNIMED DE ORIGEM AO OPME BROCAS CIRURGICAS STRYKER - PROTOCOLO ESTADUAL- esta suspenso no Estado, mantendo a regra para nao remunerar brocas e fresas, pois, esses materiais devem ser integrantes do instrumental cirurgico, incluso em taxa de sala. Obs: tecnicamente o parafuso absorvivel e coreto, mas nao existem evidencias de MBE que demonstrem superioridade do material absorvivel em relacao ao metalico, e possivel a utilizacao de parafusos de titanio. CASO O MEDICO SOLICITANTE PRECISAR TRATAR COM O MED

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

|                                   |  |                              |  |  |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Referenciada<br><b>90916883</b> | 4 - Senha<br><b>90916883</b> | 5 - Data da Autorização<br><b>20/04/2023 09:17</b> | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br><b>90916883</b> |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

## Dados do Beneficiário

|   |                  |
|---|------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>1510000030373544</b> | 29 - Nome Social |
|---|------------------|

8 - Nome

**MARLETE SAMPATO CHERUBIM**

## Dados do Profissional Solicitante

|   |               |             |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante<br><b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b> | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|---|---------------|-------------|

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

PÉ PLANO/ ARTROSE/ TORNOZELO/ PÉ DIREITO

AUTORIZADO PARCIAL. DESFAVORAVEL CONFORME A UNIMED DE ORIGEM AO OPME BROCAS CIRURGICAS STRYKER - PROTOCOLO ESTADUAL- esta suspenso no Estado, mantendo a regra para nao remunerar brocas e fresas, pois, esses materiais devem ser integrantes do instrumental cirurgico, incluso em taxa de sala. Obs: tecnicamente o parafuso absorvivel e coreto, mas nao existem evidencias de MBE que demonstrem superioridade do material absorvivel em relacao ao metalico, e possivel a utilizacao de parafusos de titanio. CASO O MEDICO SOLICITANTE PRECISAR TRATAR COM O MEDICO AUDITOR, ASSUNTOS REFERENTES A NAO-AUTORIZACAO DOS PEDIDOS MEDICOS DE EXAMES, PROCEDIMENTOS E INTERNACOES, A UNIMED APUCARANA, DISPONIBILIZA ACESSO DIRETO AOS AUDITORES NA OPERADORA DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, PELO E-MAIL: MEDICOAUDITOR@UNIMEDAPUCARANA.COOP.

## OPME Solicitadas

| 13 - Tabela<br>21 - Registro ANVISA do Material | 14 - Código do Material  | 15 - Descrição<br>22 - Referência do material no fabricante  | 16 - Opção<br>23 - Nº Autorização de Funcionamento     | 17 - Qtde. Solicitada    | 18 - Valor Unitário Solicitado | 19 - Qtde. Autorizada    | 20 - Valor Unitário Autorizado |
|---|--------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1- <b>00</b><br><b>80044680085</b>              | <b>00597007</b>          | <b>PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b> | <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> | 1                        | <input type="checkbox"/>       | 1                        | <input type="checkbox"/>       |
| 2- <b>00</b><br><b>10223680050</b>              | <b>00193178</b>          | <b>FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300080</b>   | <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> | 1                        | <input type="checkbox"/>       | 1                        | <input type="checkbox"/>       |
| 3- <b>00</b><br><b>81118460005</b>              | <b>75607298</b>          | <b>PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>  | <input type="checkbox"/> 3<br><input type="checkbox"/> | 3                        | <input type="checkbox"/>       | 3                        | <input type="checkbox"/>       |
| 4- <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 5- <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                               | <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"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 20/04/2023 /AUTORIZADO PARCIAL. DESFAVORAVEL CONFORME A UNIMED DE ORIGEM AO OPME BROCAS CIRURGICAS STRYKER - PROTOCOLO ESTADUAL- esta suspenso no Estado, mantendo a regra para nao remunerar brocas e fresas, pois, esses materiais devem ser integrantes do instrumental cirurgico, incluso em taxa de sala. Obs: tecnicamente o parafuso absorvivel e coreto, mas nao existem evidencias de MBE que demonstrem superioridade do material absorvivel em relacao ao metalico, e possivel a utilizacao de parafusos de titanio. CASO O MEDICO SOLICITANTE PRECISAR TRATAR COM O MEDICO AUDITOR, ASSUNTOS REFERENTES A NAO-AUTORIZACAO DOS PEDIDOS MEDICOS DE EXAMES, PROCEDIMENTOS E INTERNACOES, A UNIMED APUCARANA, DISPONIBILIZA ACESSO DIRETO AOS AUDITORES NA OPERADORA DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, PEL

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