

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93802639 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 19/01/2024 17:07 | 5 - Senha 93802639 | 6 - Data de Validade da Senha 19/03/2024 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000005114724 | 8 - Validade da Carteira 05/03/2025 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

GLAUCE CAVALCANTI COELHO MIQUELETTI

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 RAFAEL MAURICIO BELETATO | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 28806 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|

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 30/01/2024 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
HALUX BILATERAL MTT

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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 | 30729050 | ARTRODESE METATARSO - FALANGICA OU INTERFALANGICA - TRATAME | 2 | 2 |
| 2- 22 | 30731119 | TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO | 4 | 4 |
| 3- 22 | 30729181 | HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO | 2 | 2 |
| 4- 22 | 30729203 | OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT | 8 | 8 |
| 5- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 |
| 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 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 19/01/2024 /*****1 MICROSERRA - INSTRUMENTAL INCLUSO EM TAXA*****É oportuno informar que os procedimentos com códigos 30729050 ARTRODESE METATARSO - FALANGICA OU INTERFALANGICA 2 X 30729181 HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO 2 X + 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES 8 X 30731119 TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 4 com técnica e materiais convencionais estão liberados. / Empresa / Titular: GLAUCE CAVALCANTI COELHO MIQUELETTI

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 93802639 | 4 - Senha 93802639 | 5 - Data da Autorização 19/01/2024 17:07 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93802639 |
| Dados do Beneficiário | | | | |
| 7 - Número da Carteira 0050000005114724 | | 29 - Nome Social | | |
| 8 - Nome GLAUCE CAVALCANTI COELHO MIQUELETTI | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO | | 10 - Telefone | | 11 - E-mail |
| Dados da cirurgia | | | | |
| 12 - Justificativa técnica HALUX BILATERAL + MTT HALUX BILATERAL MTT *****1 MICROSERRA - INSTRUMENTAL INCLUSO EM TAXA*****É oportuno informar que os procedimentos com códigos 30729050 ARTRODESE METATARSO - FALANGICA OU INTERFALANGICA 2 X 30729181 HALLUX VALGUS (U M PE) - TRATAMENTO CIRURGICO 2 X + 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES 8 X 30731119 TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRUR 4 com técnica e materiais convencionais estão liberados. | | | | |
| 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 81118460046 | 78611920 | PARAFUSOS OMEGATECH BISELADOS TECHIMPORT - TI014.1030.034- ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> |
| 2- 00 10223680050 | 00193178 | FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300080 | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> |
| 3- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- <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"/> |
| 6- <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 19/01/2024 /*****1 MICROSERRA - INSTRUMENTAL INCLUSO EM TAXA*****É oportuno informar que os procedimentos com códigos 30729050 ARTRODESE METATARSO - FALANGICA OU INTERFALANGICA 2 X 30729181 HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO 2 X + 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES 8 X 30731119 TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRUR 4 com técnica e materiais convencionais estão liberados. / Empresa / Titular: GLAUCE CAVALCANTI COELHO MIQUELETTI | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |