

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92428524
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 04/09/2023 15:49	5 - Senha 92428524	6 - Data de Validade da Senha 03/11/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000060505241	8 - Validade da Carteira 01/02/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

PAULO DANIEL SCRAMIN BATISTA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 22343	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 12/09/2023 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

INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO

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	30734045	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E	1	1
2- 22	30734053	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR	1	1
3- 98	08011981	PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE	1	1
4- 18	60024151	ALUGUELTAJA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 10.246.214/0001-04	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	44 - Código CNES 6528104
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/09/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

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 92428524	4 - Senha 92428524	5 - Data da Autorização 04/09/2023 15:49	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92428524
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000060505241	29 - Nome Social

8 - Nome	PAULO DANIEL SCRAMIN BATISTA
----------	------------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO	
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO	

OPME Solicitadas															
13 - Tabela		14 - Código do Material		15 - Descrição		16 - Opção		17 - Qtde. Solicitada		18 - Valor Unitário Solicitado		19 - Qtde. Autorizada		20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material				22 - Referência do material no fabricante				23 - Nº Autorização de Funcionamento							
1-		76221229		ANCORA EM PEEK COM INSEROR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR		_		2		_ _ _ _ _ _ _ _ _		2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
10247700123				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2-		78891353		SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX,		_		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
80083650084				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	
3- 00		00590045		LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		_		2		_ _ _ _ _ _ _ _ _		2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
80777280006				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	
4- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	
5- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	
6- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/09/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

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