

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95452508
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
13/06/2024 12:49	95452508	13/08/2024

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 15000000001675401	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
----------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
HEITOR GABRIEL PERIPOLLI BERTOZZI

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	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
GUILHERME OGAWA	06	29657	41	225295

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 15/06/2024 00:00
--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápicos
2	C	1	1	N	N

28 - Indicação Clínica	
2º DEDO EM MARTELO DA MÃO ESQUERDA	

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)
				2

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30722284	DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
2- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
3- [][]	[][][][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
4- [][]	[][][][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
5- [][]	[][][][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
6- [][]	[][][][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
7- [][]	[][][][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
8- [][]	[][][][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
9- [][]	[][][][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
10- [][]	[][][][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
11- [][]	[][][][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]
12- [][]	[][][][][][][][][][]		[][][][]	[][][][]

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 13/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE PARANAVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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 95452508		4 - Senha 95452508		5 - Data da Autorização 13/06/2024 12:49		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95452508																																							
Dados do Beneficiário																																															
7 - Número da Carteira 1500000001675401				29 - Nome Social																																											
8 - Nome HEITOR GABRIEL PERIPOLLI BERTOZZI																																															
Dados do Profissional Solicitante																																															
9 - Nome do profissional solicitante GUILHERME OGAWA				10 - Telefone			11 - E-mail																																								
Dados da cirurgia																																															
12 - Justificativa técnica APRESENTA 2º DEDO EM MARTELO OSSEO DA MÃO ESQUERDA APÓS TRAUMA LOCAL. ENCAMINHO PARA TTO DE URGENCIA 2º DEDO EM MARTELO DA MÃO ESQUERDA AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM																																															
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- 00		00176290		FIO KIRSCHNER 1,5X300MM 1021-01-300		1		2				2																																			
10171110015				ORTOPAR LTDA																																											
2- 00		101445288		HTA - HEADLESS TITANIUM ANCHOR - 315-17-01 NANO HTA 1,7 X 5,0M		1		1				1																																			
10247700152				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA																																											
3- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															
4- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															
5- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															
6- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															
24 - Especificação do Material																																															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 13/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE PARANAVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO																																															
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização																																									