

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93286588
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 24/11/2023 12:33	5 - Senha 93286588	6 - Data de Validade da Senha 28/01/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000074062956	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

GABRIEL AUGUSTO CACAO QUINATO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 24619	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0001-19	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 29/11/2023 00:00
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica

RUPTURA DE BICEPS DISTAL HA 2 MESES CID S469

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	30720010	ABAIXAMENTO MIOTENDINOSO NO ANTEBRACO	1	1
2- 22	30731127	TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
4- <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"/>
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 2	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	44 - Código CNES 2580055
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 24/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE C OOPERATIVA 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 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93286588	4 - Senha 93286588	5 - Data da Autorização 24/11/2023 12:33	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93286588
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0320000074062956	29 - Nome Social

8 - Nome	GABRIEL AUGUSTO CACAO QUINATO
----------	-------------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
RUPTURA DE BICEPS DISTAL HA 2 MESES / CID: S469	
RUPTURA DE BICEPS DISTAL HA 2 MESES CID S469	
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-	72320893			DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -		_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80044680067				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _							
2- 00	75043114			SUTURA CIRURGICA TRANCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09		_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80083650067				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _							
3- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _					_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _							_ _ _ _ _ _ _ _ _							
4- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _					_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _							_ _ _ _ _ _ _ _ _							
5- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _					_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _							_ _ _ _ _ _ _ _ _							
6- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _					_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _							_ _ _ _ _ _ _ _ _							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 24/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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