

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94179560</b>	
4 - Data da Autorização <b>23/02/2024 16:53</b>	5 - Senha <b>94179560</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>23/04/2024</b>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>0050000014906654</b>	8 - Validade da Carteira <b>31/03/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>LUCIANA DO CARMO NEVES</b>		

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>		13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28806</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>04/03/2024 00:00</b>
22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica HALLUX VALGUS UM PE					
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) <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>30731119</b>	<b>TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
2- <b>22</b>	<b>30729181</b>	<b>HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	
3- <b>22</b>	<b>30729203</b>	<b>OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	
4- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
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 <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>		44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/02/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO 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 <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>94179560</b>	4 - Senha <b>94179560</b>	5 - Data da Autorização <b>23/02/2024 16:53</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>94179560</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000014906654</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>LUCIANA DO CARMO NEVES</b>

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
HALLUX VALGUS ( UM PE)	
HALLUX VALGUS UM PE	

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	78611920	<b>PARAFUSOS OMEGATECH BISELADOS TECHIMPORT - TI014.1030.034-</b>	_	<b>2</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>2</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>81118460046</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
2- 00	00193178	<b>FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300080</b>	_	<b>1</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>1</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>10223680050</b>			_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
3-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
4-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
5-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/02/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA

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