

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93621507
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 02/01/2024 14:02	5 - Senha 93621507	6 - Data de Validade da Senha 04/03/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000014999750	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

JOAQUIM RAMOS GARCIA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32	13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante MARCELLO TITO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 16972	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 10/01/2024 07:00
--	--	---

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
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

ARTRITE / ARTROSE / SINOVITE IMPORTANTE DORSAL DO PUNHO

29 - CID 10 Principal (opcional) M199	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	30721032	ARTRODESE ENTRE OS OSSOS DO CARPO	1	1
2- 22	30721059	ARTRODESE RADIO-CARPICA OU DO PUNHO	1	1
3- 22	30713048	ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES	1	1
4- 22	30731062	SINOVECTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
5- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
6- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
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 08.271.755/0001-32	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	44 - Código CNES 6074502
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 02/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador 93621507

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93621507	4 - Senha 93621507	5 - Data da Autorização 02/01/2024 14:02	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93621507
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000014999750	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
JOAQUIM RAMOS GARCIA

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MARCELLO TITO	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
CFME ANEXO
ARTRITE / ARTROSE / SINOVITE IMPORTANTE DORSAL DO PUNHO
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM.

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 10247700051	72258942	SPBA-S-RETA - SISTEMA DE FIXACAO RIGIDA DE PLACAS RETAS BLO ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	10	10			
2- 10247700053	72252197	SPBA-S - SISTEMA DE FIXACAO RIGIDA DE PLACAS ESPECIAIS BLOQ ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1			
3- 4- 5- 6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 02/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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