

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95852684 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 18/07/2024 15:04 | 5 - Senha 95852684 | 6 - Data de Validade da Senha 20/09/2024 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0320000062434853 | 8 - Validade da Carteira 28/02/2023 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

ANGELA CRISTINA DE CAMARGO

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 RAFAEL MAURICIO BELETATO | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 28806 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|

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 03/08/2024 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

REVALIDACAO DA GUIA 9349660693664955

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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 | 30731119 | TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30734045 | OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E | 3 | 3 |
| 3- 22 | 30729181 | HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO | 1 | 1 |
| 4- 22 | 30729190 | OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE - TRATAMENTO | 1 | 1 |
| 5- 22 | 30734053 | RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR | 1 | 1 |
| 6- 18 | 60000554 | DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES | 1 | 1 |
| 7- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 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 12 |
|---|---|---|

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| 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 18/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização

| | | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 95852684 | 4 - Senha 95852684 | 5 - Data da Autorização 18/07/2024 15:04 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95852684 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|------------------|
| 7 - Número da Carteira 0320000062434853 | 29 - Nome Social |
|---|------------------|

8 - Nome

ANGELA CRISTINA DE CAMARGO

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|---|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

REVALIDACAO DA GUIA 93496606/93664955

REVALIDACAO DA GUIA 93496606/93664955

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 |
|---|--------------------------|---|--|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 7- 10314800053 | 70437653 | PARAFUSOS NAO ABSORVIVEIS, CANULADOS, PARA PEQUENOS E G | <input type="checkbox"/> 6 | | <input type="checkbox"/> 6 | | |
| | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| 8- 80356130059 | 00781401 | LAMINA MICRO SERRA SS 011 A 9,4X31MM 792810000 | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | | |
| | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| 9- 81288540024 | 100066879 | CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9- | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | | |
| | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| 10-00 80083650084 | 78891353 | SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX, | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | | |
| | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| 11- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| <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"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 18/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização