

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95215412</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>22/05/2024 11:42</b>	5 - Senha <b>95215412</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>28/07/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0970000009293544</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**JOAO JORDAO VOLPATO**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>	13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>23538</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>78.613.841/0001-61</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>11/06/2024 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  
DORES EM QUADRIL

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>30738040</b>	<b>TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VID</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30738059</b>	<b>CONDRoplastia COM SUTURA LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTRO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</b>
---	---	---

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	44 - Código CNES <b>2550792</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 22/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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 95215412

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95215412	4 - Senha 95215412	5 - Data da Autorização 22/05/2024 11:42	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95215412
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0970000009293544	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
JOAO JORDAO VOLPATO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL, EVOLUINDO COM IMPOTÊNCIA FUNCIONAL, E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA  
DORES EM QUADRIL  
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 80804050002	00613282	OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989	1	1		1	
2- 00 80356130052	00499218	CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,4X4,5MM 891630000	3	3		3	
3- 00 80044680279	72549890	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2	2		2	
4- 00 80082910131	00614262	ANCORAS JUGGERKNOT E JUGGERKNOTLESS - 916030: 1.45 MM JUG	1	1		1	
5- 00 81130100006	00612103	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
6-		PONTEIRA PARA RADIOFREQUENCIA IIIAD003FG206					
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
		EQUIPO BOM INFUSAO ARTROBOMBA AEQU02					
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 22/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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