

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91743140</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>04/07/2023 08:23</b>	5 - Senha <b>91743140</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>02/09/2023</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000005376052</b>	8 - Validade da Carteira <b>13/09/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**VALDENICE KIKUMOTO**

## 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>MARCO MAKOTO INAGAKI</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28767</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>21/07/2023 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>N</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

28 - Indicação Clínica

OUTR OSTEOMIELOITE AGUDA

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>30730031</b>	<b>DESTRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30713064</b>	<b>MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA GERAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30729033</b>	<b>ARTRITE OU OSTEOARTRITE DOS OSSOS DO PE (INCLUI OSTEOMIELOITE) -</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30710022</b>	<b>RETIRADA DE FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-O</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>22</b>	<b>30710030</b>	<b>RETIRADA DE PLACAS</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
7- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
8- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
9- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
10- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
11- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
12- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>

## 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 04/07/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS EMPREGADOS NO COMERCIO DE LONDRINA

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