

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94513461	
4 - Data da Autorização 22/03/2024 16:20	5 - Senha 94513461	6 - Data de Validade da Senha 21/05/2024

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 0050000000773762	8 - Validade da Carteira 01/07/2024	9 - Atendimento de RN N
50 - Nome Social		
10 - Nome FATIMA FABRIN RABELLO BONFIM		

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 22343	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 30/03/2024 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 DOR E DEFORMIDADE DE HALUX						
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	30729181	HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1	
2- 22	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT	1	1	
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1	
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA		44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/03/2024 /Em relação ao pedido médico: 01 x microsserra - Para Clientes Londrina - Padronizados materiais instrumentais cirúrgicos inclusos em taxa hospitalar / Empresa / Titular: FATIMA FABRIN RABELLO BONFIM							
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94513461	4 - Senha 94513461	5 - Data da Autorização 22/03/2024 16:20	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94513461
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000000773762	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome	FATIMA FABRIN RABELLO BONFIM
----------	------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica DOR E DEFORMIDADE DE HALUX DOR E DEFORMIDADE DE HALUX Em relação ao pedido médico: 01 x microsserra - Para Clientes Londrina - Padronizados materiais instrumentais cirúrgicos inclusos em taxa hospitalar
--

OPME Solicitadas

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/03/2024 /Em relação ao pedido médico: 01 x micro Serra - Para Clientes Londrina - Padronizados materiais instrumentais cirúrgicos inclusos em taxa hospitalar / Empresa / Titular: FATIMA F ABRIN RABELLO BONFIM

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