

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93357630</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>01/12/2023 07:18</b>	5 - Senha <b>93357630</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>03/02/2024</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9750000006617428</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**IONE ATUATTI SOARES**

## 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 MAURICIO BELETATO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28806</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>16/12/2023 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>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

28 - Indicação Clínica

TENDINITE INSERCIONAL AQUILES

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>30731216</b>	<b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30729190</b>	<b>OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE - TRATAMENTO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30731089</b>	<b>TENODESE</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30731127</b>	<b>TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</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>1</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 01/12/2023 /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
--------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------------------------

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>93357630</b>	4 - Senha <b>93357630</b>	5 - Data da Autorização <b>01/12/2023 07:18</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93357630</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>9750000006617428</b>	29 - Nome Social

8 - Nome

**IONE ATUATTI SOARES**

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia		
12 - Justificativa técnica		
TENDINITE INSERCIONAL AQUILES		
TENDINITE INSERCIONAL AQUILES		
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM		

OPME Solicitadas															
13 - Tabela		14 - Código do Material		15 - Descrição		16 - Opção		17 - Qtde. Solicitada		18 - Valor Unitário Solicitado		19 - Qtde. Autorizada		20 - Valor Unitário Autorizada	
21 - Registro ANVISA do Material				22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento									
1-	72466146			ANCORA COM APLICADOR DESCARTAVEL - 2831-027/ 39.44.04.00027 -		_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
10417940137				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2- 00	72215755			PARAFUSOS DE INTERFERENCIA REABSORVIVEIS BIOMET - 905629 -		_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
80044680085				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
3-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
4-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
5-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	
6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _	

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 01/12/2023 /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
--------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------