

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93364302</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>01/12/2023 13:25</b>	5 - Senha <b>93364302</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>17/02/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>8650002157492012</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**ELAINE DAMAS DA SILVA GARCIA**

## 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>GUILHERME OGAWA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>29657</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225295</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>05/12/2023 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

5TO DEDO EM MARTELO OSSEO DA MÃO DIREITA

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>2</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>30722284</b>	<b>DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3-		_____		
4-		_____		
5-		_____		
6-		_____		
7-		_____		
8-		_____		
9-		_____		
10-		_____		
11-		_____		
12-		_____		

## 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 01/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL

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

**93364302**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>93364302</b>	4 - Senha <b>93364302</b>	5 - Data da Autorização <b>01/12/2023 13:25</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93364302</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>8650002157492012</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

**ELAINE DAMAS DA SILVA GARCIA**

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>GUILHERME OGAWA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

SOFREU TRAUMA LOCAL E EVOLUIU COM FRATURA 5TO DEDO EM MARTELO OSSEO DA MÃO DIREITA. ENCAMINHO PARA TTO CIRURGICO EM TEMPO HABIL  
5TO DEDO EM MARTELO OSSEO DA MÃO DIREITA  
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 10171110015	00176290	FIO KIRSCHNER 1,5X300MM 1021-01-300 CIRUSIL COM DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA	1 2	2		2	
2- 00 10247700152	101445288	HTA - HEADLESS TITANIUM ANCHOR - 315-17-01 NANO HTA 1,7 X 5,0M ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA	1 1	1		1	
3- 00							
4- 00							
5- 00							
6- 00							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 01/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL

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