

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>92792570</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
<b>09/10/2023 10:38</b>	<b>92792570</b>	<b>08/12/2023</b>

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000005325393</b>	8 - Validade da Carteira <b>29/06/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome  
**CLAUDIA MARIA POPPI**

### 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	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
<b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	<b>06</b>	<b>28806</b>	<b>41</b>	<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>30/10/2023 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápicos
<b>1</b>	<b>C</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>S</b>	<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- 22	30731224	TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO	1	1
2- 22	30729190	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE - TRATAMENTO	1	1
3- 22	30731089	TENODESE	1	1
4- 22	30731127	TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
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>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 09/10/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA ASSEMUR

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>92792570</b>	4 - Senha <b>92792570</b>	5 - Data da Autorização <b>09/10/2023 10:38</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>92792570</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000005325393</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>CLAUDIA MARIA POPPI</b>

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		

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 Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material				22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento									
1-	75286092			PARAFUSO DE INTERFERENCIA ESTERIL - 101.90925 - PARAFUSO INT		_	1		_ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _			
10208610090				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			
2-	00250767			ANCORA 5,0MM 02 FIOS FIBER USP 02 COM APLICADOR DESCARTAV		_	1		_ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _			
10417940137				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			
3- 00	00238597			CURATIVO CUSTOMIZAVEL PREVENA- PRE2055		_	1		_ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _			
80624960014				MC SURGICAL PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES LTDA EP		_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			
4- 00	00620785			RESERVATORIO COM GEL CANISTER INFO VAC 300ML M8275058/5		_	1		_ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _			
80624960004				MC SURGICAL PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES LTDA EP		_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			
5- 00	00781401			LAMINA MICRO SERRA SS 011 A 9,4X31MM 792810000		_	1		_ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _			
80356130059				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			
6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _			

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/10/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA ASSEMUR

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