

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93027857
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 31/10/2023 11:34	5 - Senha 93027857	6 - Data de Validade da Senha 30/12/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000007492106	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

WOLDIR ANANIAS PEREIRA

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 ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28281	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 09/11/2023 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	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica

VIDEOARTROSCOPIA DE JOELHO direito

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	30733057	MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCÓPICO	1	1
2- 98	08011081	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF	1	1
3- []	[]		[]	[]
4- []	[]		[]	[]
5- []	[]		[]	[]
6- []	[]		[]	[]
7- []	[]		[]	[]
8- []	[]		[]	[]
9- []	[]		[]	[]
10- []	[]		[]	[]
11- []	[]		[]	[]
12- []	[]		[]	[]

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 31/10/2023 /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 343269	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação 92875341	4 - Data da Autorização 31/10/2023 11:34
5 - Senha 93027857	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93027857	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000007492106	31 - Nome Social
8 - Nome WOLDIR ANANIAS PEREIRA	

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	10 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			
11 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA	12 - Conselho Profissional 06	13 - Número do Conselho 28281	14 - UF 41	15 - Código CBO 225270

Dados da Internação

16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas 1	17 - Tipo da Acomodação Solicitada 1
---	--

18 - Indicação Clínica
VIDEOARTROSCOPIA DE JOELHO direito

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut
1- 22	30733057	MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO	1	1
2- 98	08011081	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF	1	1
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				

Dados da autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas 1	25 - Tipo da Acomodação Autorizada 1
---	--

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/10/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ

28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização