

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91659133 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 26/06/2023 18:15 | 5 - Senha 91659133 | 6 - Data de Validade da Senha 11/09/2023 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 8650001329954096 | 8 - Validade da Carteira 31/05/2023 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

MATHEUS DA SILVA ORLANDI

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 GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 30165 | 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 01/07/2023 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 S | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

28 - Indicação Clínica

RUPTURA DO LCA CONDROPATIA JOELHO ESQUERDO

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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 | 30733030 | CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30733073 | RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR | 1 | 1 |
| 3- 22 | 30731216 | TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO | 1 | 1 |
| 4- 18 | 60000554 | DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES | 1 | 1 |
| 5- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 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 1 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 |
|---|---|---|

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| 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 26/06/2023 /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 |
|--------------------------|---|--|---|

| | | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 91659133 | 4 - Senha 91659133 | 5 - Data da Autorização 26/06/2023 18:15 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91659133 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|------------------|
| 7 - Número da Carteira 8650001329954096 | 29 - Nome Social |
|---|------------------|

| |
|---------------------------------|
| 8 - Nome |
| MATHEUS DA SILVA ORLANDI |

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|--|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|--|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

| | |
|----------------------------|--|
| 12 - Justificativa técnica | RUPTURA DO LCA + CONDRPATIA JOELHO ESQUERDO RUPTURA DO LCA - CONDRPATIA JOELHO ESQUERDO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM |
|----------------------------|--|

OPME Solicitadas

[illegible]

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

| |
|---|
| 25 - Observação / Justificativa |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/06/2023 /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 |
|--------------------------|---|---|