

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91998032
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 26/07/2023 18:41	5 - Senha 91998032	6 - Data de Validade da Senha 06/10/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9942166296758014	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

DANIELA PIERALISI FRAGA NETTO

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 JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28617	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 31/07/2023 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

LESAO DO LCA LIGAMENTO ANTERO LATERAL CORNO POSTERIOR JOELHO ESQ

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	30726190	LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR	1	1
2- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
3- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
4- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	2	2
5- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 26/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A

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 91998032		4 - Senha 91998032		5 - Data da Autorização 26/07/2023 18:41		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91998032	
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira 9942166296758014				29 - Nome Social					
8 - Nome DANIELA PIERALISI FRAGA NETTO									
Dados do Profissional Solicitante									
9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO				10 - Telefone			11 - E-mail		
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica LESÃO DO LCA + LIGAMENTO ANTERO LATERAL CORNO POSTERIOR JOELHO ESQ LESÃO DO LCA LIGAMENTO ANTERO LATERAL CORNO POSTERIOR JOELHO ESQ 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 Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento									
1- 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 _ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
2- 78898676 DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D _ 3 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
80044680449 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
3- 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB _ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
4- 00 71502718 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J _ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
80044680086 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
5- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 _ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
6- 00 70627657 PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA _ 1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
10208610040 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A									
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante			28 - Assinatura do Responsável pela Autorização				