

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93062289</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>03/11/2023 15:59</b>	5 - Senha <b>93062289</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>11/02/2024</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>1463171002064002</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**GUSTAVO DOMINGUES PONTES**

## 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 <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28806</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <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>20/11/2023 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  
LESAO LIGAMENTAR

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- <b>22</b>	<b>30734053</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
2- <b>98</b>	<b>08011981</b>	<b>PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
3- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUELTAJA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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>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 03/11/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM Ancora em PEEK material naoimpres cindivel, uma vez que nao ha evidencia cientifica robusta demonstrando a superioridade da cirurgia com este material,visto que foram autorizados 02 ancoras convencionai s. VERIFICAR COM MA CASO CONCORDE E SOLICITAR AS ANCORAS METALICAS COMO COMPLEMENTO. / Empresa / Titular: COOPERATIVA DE TRABALHO M EDICO DE POUSO ALEGRE

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>93062289</b>		4 - Senha <b>93062289</b>		5 - Data da Autorização <b>03/11/2023 15:59</b>		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93062289</b>							
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira <b>1463171002064002</b>				29 - Nome Social											
8 - Nome <b>GUSTAVO DOMINGUES PONTES</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 LESAO LIGAMENTAR LESAO LIGAMENTAR PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM Ancora em PEEK material naoimprescindivel, uma vez que nao ha evidencia cientifica robusta demonstrando a superioridade da cirurgia com este material,visto que foram au torizados 02 ancoras convencionais. VERIFICAR COM MA CASO CONCORDE E SOLICITAR AS ANCORAS METALICAS COMO COMPLEMENTO.															
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- <b>00</b>		<b>100066879</b>		<b>CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-</b>		<input type="checkbox"/>		<b>1</b>		<input type="checkbox"/>		<b>1</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>81288540024</b>				<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
2- <b>101445288</b>				<b>HTA - HEADLESS TITANIUM ANCHOR - 315-17-01 NANO HTA 1,7 X 5,0M</b>		<input type="checkbox"/>		<b>2</b>		<input type="checkbox"/>		<b>2</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>10247700152</b>				<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
24 - Especificação do Material															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/11/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM Ancora em PEEK material naoimprescindivel, uma vez que nao ha evidencia cientifica robusta demonstrando superioridade da cirurgia com este material,visto que foram autorizados 02 ancoras convencionais. VERIFICAR COM MA CASO CONCORDE E SOLICITAR AS ANCORAS METALICAS COMO COMPLEMENTO. / Empresa / Titular: COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DE POUSO ALEGRE															
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização									