

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93430689</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>07/12/2023 15:20</b>	5 - Senha <b>93430689</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>06/02/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9750000010852436</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**RODRIGO BELIGNI**

## 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>MARCUS VINICIUS DANIELI</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>18734</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>29/12/2023 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

LESÃO DO LCA MENISCO 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) <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>30733065</b>	<b>REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733073</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30731216</b>	<b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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 <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</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 07/12/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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>93430689</b>	4 - Senha <b>93430689</b>	5 - Data da Autorização <b>07/12/2023 15:20</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93430689</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>9750000010852436</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>RODRIGO BELIGNI</b>

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>MARCUS VINICIUS DANIELI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
LESÃO DO LCA + MENISCO JOELHO DIREITO	
LESÃO DO LCA MENISCO JOELHO DIREITO	

OPME Solicitadas							
<b>13 - Tabela    14 - Código do Material</b>		<b>15 - Descrição</b>	<b>16 - Opção    17 - Qtde. Solicitada    18 - Valor Unitário Solicitado    19 - Qtde. Autorizada    20 - Valor Unitário Autorizado</b>				
<b>21 - Registro ANVISA do Material</b>		<b>22 - Referência do material no fabricante</b>	<b>23 - Nº Autorização de Funcionamento</b>				
<b>1- 00</b>	<b>78898676</b>	<b>DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001:</b>	_    <b>3</b>  _   _   _  , _				
<b>80044680449</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _				
<b>2- 00</b>	<b>00597007</b>	<b>PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB</b>	_    <b>1</b>  _   _   _   _  , _				
<b>80044680085</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _				
<b>3- 00</b>	<b>72320907</b>	<b>DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -</b>	_    <b>1</b>  _   _   _   _  , _				
<b>80044680067</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _				
<b>4-</b>	<b>76621995</b>	<b>CANULA DE DEBRIDACAO AT - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM</b>	_    <b>1</b>  _   _   _   _  , _				
<b>80777280105</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _				
<b>5-  _   _ </b>	<b> _   _   _   _   _   _   _ </b>		_     _   _     _   _   _  , _				
<b> _   _   _   _   _   _   _   _   _ </b>	<b> _   _   _   _   _   _   _   _   _ </b>		_   _   _   _   _   _   _   _   _   _				
<b>6-  _   _ </b>	<b> _   _   _   _   _   _   _ </b>		_     _   _     _   _   _  , _				
<b> _   _   _   _   _   _   _   _   _ </b>	<b> _   _   _   _   _   _   _   _   _ </b>		_   _   _   _   _   _   _   _   _   _				

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/12/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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