

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92238511
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 17/08/2023 14:01	5 - Senha 92238511	6 - Data de Validade da Senha 22/10/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000001405460	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ALICE DE PAULA CARDOSO

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 MARCUS VINICIUS DANIELI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 18734	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 28/08/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

ARTROSE DE 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	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
3- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	2	2
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 2	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 17/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO
PERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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 92238511	4 - Senha 92238511	5 - Data da Autorização 17/08/2023 14:01	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92238511
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 1170000001405460	29 - Nome Social

8 - Nome
ALICE DE PAULA CARDOSO

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

Dados da cirurgia		
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO 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 Autorizada	
21 - Registro ANVISA do Material				22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento									
1-	00	72397950		CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C		_	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
10243070064				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
2-	75999080			INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595		_	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80044680258				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
3-	74907735			COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO		_	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80044680276				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
4-	76362205			COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C		_	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80175510047				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
5-	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
6-	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			
		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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