

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95941999
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
26/07/2024 14:33	95941999	24/09/2024

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000017054403	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
ROBERTO HUMMIG

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	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	06	17905	41	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 26/07/2024 00:00
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica	
REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO	

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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
3- 98	08011080	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORT - APT	1	1
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5- [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	_____	[] [] []	[] [] []
6- [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	_____	[] [] []	[] [] []
7- [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	_____	[] [] []	[] [] []
8- [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	_____	[] [] []	[] [] []
9- [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	_____	[] [] []	[] [] []
10- [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	_____	[] [] []	[] [] []
11- [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	_____	[] [] []	[] [] []
12- [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	_____	[] [] []	[] [] []

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 26/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ
A

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização