

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93518244
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 15/12/2023 13:59	5 - Senha 93518244	6 - Data de Validade da Senha 13/02/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000035354065	8 - Validade da Carteira 01/10/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

EDUARDO TAVARES GUEDES

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 29/12/2023 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

LESÃO DO LCA OSTEOCONDAL 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) 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	OSTEOCONDRPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	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	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	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 1
---	---	--

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 15/12/2023 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LO NDRINA

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 93518244	4 - Senha 93518244	5 - Data da Autorização 15/12/2023 13:59	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93518244
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000035354065	29 - Nome Social

8 - Nome
EDUARDO TAVARES GUEDES

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

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

OPME Solicitadas						
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento			
1-	76630471	CANULA DE DEBRIDACAO AT - 161 07 10 08 TIPO 07 4,5 X 120 MM , CM	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1
	80777280105	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
2- 00	78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_	3	_ _ _ _ _ _ _ _ _	3
	80044680449	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
3- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1
	80044680085	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
4- 00	72320907	DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1
	80044680067	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
5- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _
6- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/12/2023 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LONDRINA

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