

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93261433
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 22/11/2023 15:57	5 - Senha 93261433	6 - Data de Validade da Senha 21/01/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000006151054	8 - Validade da Carteira 17/09/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

FABIO LUIZ CHEHE PINA

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 RAFAEL MAURICIO BELETATO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28806	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 04/12/2023 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
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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30734029	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS	1	1
2- 22	30734053	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR	2	2
3- 98	08011981	PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 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 22/11/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA

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 93261433	4 - Senha 93261433	5 - Data da Autorização 22/11/2023 15:57	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93261433
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000006151054	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome	FABIO LUIZ CHEHE PINA
----------	-----------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

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- 00	100066879	CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
81288540024			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
2-	101445288	HTA - HEADLESS TITANIUM ANCHOR - 315-17-01 NANO HTA 1,7 X 5,0M ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	2	_ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _
10247700152			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
3-	76221229	ANCORA EM PEEK COM INSEROR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	2	_ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _
10247700123			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
4- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
5- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
6- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/11/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA

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