

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95032908
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização 07/05/2024 16:12	5 - Senha 95032908	6 - Data de Validade da Senha 16/07/2024
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000073986950	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

NORTON FERREIRA DE MORAES JUNIOR

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32	13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA
-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23858	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 08/05/2024 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

// lesões joelho esquerdo

29 - CID 10 Principal (opcional) S832	30 - CID 10(2) (opcional) S832	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- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	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 08.271.755/0001-32	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	44 - Código CNES 6074502
-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 07/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador 95032908

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95032908	4 - Senha 95032908	5 - Data da Autorização 07/05/2024 16:12	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95032908
----------------------------	---------------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000073986950	29 - Nome Social
--------------------------------------------	------------------

8 - Nome
NORTON FERREIRA DE MORAES JUNIOR

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS	10 - Telefone	11 - E-mail
------------------------------------------------------------------	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM JOELHO ESQUERDO, DEMONSTRADAS EM EXAMES FISICOS E DE IMAGEM. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO.
// lesoes joelho esquerdo
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 81288540024	100066879	CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9- ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 	1	,	1	,
2- 00 80044680449	78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2 	2	,	2	,
3-					,		,
4-					,		,
5-					,		,
6-					,		,

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 07/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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