

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91143156</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>10/05/2023 16:35</b>	5 - Senha <b>91143156</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>11/07/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9750000017107698</b>	8 - Validade da Carteira <b>31/01/2023</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**TEREZINHA DE JESUS FREIRE**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28281</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
--	---	---	----------------------	----------------------------------

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>25/05/2023 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

M170 GONARTROSE EM JOELHO DIREITO LIMITAÇÃO FUNCIONAL JOELHO EM VARO ALBACK III

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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>3</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6528104</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/05/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / MEDICO DE ACORDO / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>91143156</b>	4 - Senha <b>91143156</b>	5 - Data da Autorização <b>10/05/2023 16:35</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>91143156</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>9750000017107698</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>TEREZINHA DE JESUS FREIRE</b>

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM ARTROSE TRICOMPARTIMENTAL EMJOELHO DIREITO, EVOLUI COM DOR INTENSA, LIMITAÇÃO FUNCIONAL. INDICO TRATAMENTO CIRURGICO COM ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO. M170 GONARTROSE EM JOELHO DIREITO LIMITAÇÃO FUNCIONAL JOELHO EM VARO ALBACK III PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / MEDICO DE ACORDO

[illegible]

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/05/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / MEDICO DE ACORDO / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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