

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91614623
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 22/06/2023 10:37	5 - Senha 91614623	6 - Data de Validade da Senha 26/08/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9700020008182650	8 - Validade da Carteira 29/02/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

CRISTHIAN CONCEICAO BARBOSA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 07.142.188/0001-51	13 - Nome do Contratado SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA
---	--

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 07.142.188/0001-51	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA	21 - Data sugerida para Internação 03/07/2023 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

S832 Reparo ou Sutura de 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- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	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 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 07.142.188/0001-51	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA	44 - Código CNES 2729539
---	---	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 22/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO P
AULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS

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 91614623	4 - Senha 91614623	5 - Data da Autorização 22/06/2023 10:37	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91614623
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 9700020008182650	29 - Nome Social

8 - Nome	CRISTHIAN CONCEICAO BARBOSA
----------	-----------------------------

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

Dados da cirurgia
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>Paciente apresentando lesões em joelho direito, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico</p> <p>S832 Reparo ou Sutura de menisco</p> <p>AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM</p>

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 22/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS

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