

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93389802</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>04/12/2023 17:44</b>	5 - Senha <b>93389802</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>19/02/2024</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0645829000908009</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**JAILTON DA PAZ**

## 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>GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>30165</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>18/12/2023 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>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

28 - Indicação Clínica

RUPTURA DO LCA CONDROPLASTIA 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) <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>30733073</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30731216</b>	<b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</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>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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>1</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 04/12/2023 /AUTORIZADO PARCIAL DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733030 CONDROPLASTIA (COM RE MOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO + OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL CONFORME JUNT A MEDICA REALIZADA COM A CIENCIA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE, EM CONFORMIDADE COM A RESOLUCAO CONSU N. 8, RN 424 E RN 465. CONFOR ME RN 395 E FACULTADO AO BENEFICIARIO A REANALISE. ACIONAR A OUVIDORIA DA UNIMED GOIANIA PELOS MEIOS DE COMUNICACAO: PRESENCIAL: EN

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>93389802</b>		4 - Senha <b>93389802</b>		5 - Data da Autorização <b>04/12/2023 17:44</b>		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93389802</b>							
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira <b>0645829000908009</b>				29 - Nome Social											
8 - Nome <b>JAILTON DA PAZ</b>															
Dados do Profissional Solicitante															
9 - Nome do profissional solicitante <b>GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA</b>				10 - Telefone			11 - E-mail								
Dados da cirurgia															
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO LCA + CONDROPLASTIA JOELHO DIREITO RUPTURA DO LCA CONDROPLASTIA JOELHO DIREITO AUTORIZADO PARCIAL DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733030 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO + OPME PARAFUSO INTERFERENCIA R ABSORVIVEL CONFORME JUNTA MEDICA REALIZADA COM A CIENCIA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE, EM CONFORMIDADE COM A RESOLUCAO CONSU N. 8, RN 424 E RN 465. CONFORME RN 395 E FACULTADO AO BENE FICIARIO A REANALISE. ACIONAR A OUVIDORIA DA UNIMED GOIANIA PELOS MEIOS DE COMUNICACAO: PRESENCIAL: ENDEREÇO: PCA GILSON ALVES DE SOUZA, N 650 (T-7 ESQ. C/ T-1), SETOR BUENO, DE SEGUNDA-FEIR A A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 AS 18:00. SITE: WWW.UNIMEDGOIANIA.COOP.BR.															
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 72320907				DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -		1				,		1		,	
80044680067				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA											
2- 00 100066879				CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-		1				,		1		,	
81288540024				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA											
3-										,				,	
4-										,				,	
5-										,				,	
6-										,				,	
24 - Especificação do Material															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/12/2023 /AUTORIZADO PARCIAL DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733030 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCO PICO DE JOELHO + OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL CONFORME JUNTA MEDICA REALIZADA COM A CIENCIA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE, EM CONFORMIDADE COM A RESOLUCAO CONSU N. 8, RN 4 4 E RN 465. CONFORME RN 395 E FACULTADO AO BENEFICIARIO A REANALISE. ACIONAR A OUVIDORIA DA UNIMED GOIANIA PELOS MEIOS DE COMUNICACAO: PRESENCIAL: ENDEREÇO: PCA GILSON ALVES DE SOUZA, N 650 (T-7 ESQ. C/ T-1), SETOR BUENO, DE SEGUNDA-FEIRA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 AS 18:00. SITE: WWW.UNIMEDGOIANIA.COOP.BR. / Empresa / Titular: UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO															
26 - Data da Solicitação			27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização								