

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91148933
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 11/05/2023 09:21	5 - Senha 91148933	6 - Data de Validade da Senha 24/07/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 3352046004504004	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

HELIO FERREIRA DE SIQUEIRA FILHO

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 ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 17905	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 15/05/2023 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

INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO

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	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
2- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
3- 98	08011045	PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - APT	1	1
4- 18	60024151	ALUGUELTAJA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12
---	---	---

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 11/05/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL DESFAVORAVEL - pois pode ser substituído por parafuso metálico. O qual deve se solicitado em complemento. / Empresa / Titular: UNIMED MEIO OESTE CATARINENSE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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 91148933	4 - Senha 91148933	5 - Data da Autorização 11/05/2023 09:21	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91148933
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 3352046004504004	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

HELIO FERREIRA DE SIQUEIRA FILHO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL DESFAVORAVEL - pois pode ser substituído por parafuso metálico. O qual deve ser solicitado em complemento.

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 80777280006	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA	2 	2	,	2	,
2- 00 10208610040	70627657	PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA	1 	1	,	1	,
3-					,		,
4-					,		,
5-					,		,
6-					,		,

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/05/2023 / AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL DESFAVORAVEL - pois pode ser substituído por parafuso metálico. O qual deve ser solicitado em complemento. / Empresa / Titular: UNIMED MEIO OESTE CATARINENSE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização