

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93104471
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 08/11/2023 09:37	5 - Senha 93104471	6 - Data de Validade da Senha 15/01/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000002055188	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

LUCAS AUGUSTO PIMENTEL DE SOUZA

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 JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28617	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 20/11/2023 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

TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCP CANTO POSTERIOR LATERAL CONDROPATIA PATELAR

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	30726190	LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR	1	1
2- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
3- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
4- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
5- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	4	4
6- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
7- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 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 08/11/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME PARAFUSO IN TERFERENCIA REABSORVIVEL - por nao haver evidencia literaria que comprove a superioridade do uso de parafusos absorviveis em detrimento aos parafusos metalicos nas cirurgias ligamentares do joelho. MEDICO DE ACORDO COM PARECER SOLICITADO COMO COMPLEMENTO ADEQUAÇÃO PARA PARAFUSO METÁLICO NA G UIA 93191609 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO 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 93104471	4 - Senha 93104471	5 - Data da Autorização 08/11/2023 09:37	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93104471
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000002055188	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

LUCAS AUGUSTO PIMENTEL DE SOUZA

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCP + CANTO POSTERIOR LATERAL + CONDROPATIA PATELAR/ FOI SOLICITADO 4 ENXERTOS DE TENDÃO , VIDE , PEDIDO MEDICO ANEXADO
TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCP CANTO POSTERIOR LATERAL CONDROPATIA PATELAR
AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL - por nao haver evidencia literaria que comprove a superioridade do uso de parafusos absorvíveis em detrimento aos parafusos metalicos nas cirurgias ligamentares do joelho. MEDICO DE ACORDO COM PARECER SOLICITADO COMO COMPLEMENTO ADEQUAÇÃO PARA PARAFUSO METÁLICO NA GUIA 93191609

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 80356130052	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2- 00 80743230025	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
3- 00 10208610040	70627657	PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/11/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL - por nao haver evidencia literaria que comprove a superioridade do uso de parafusos absorvíveis em detrimento aos parafusos metalicos nas cirurgias ligamentares do joelho. MEDICO DE ACORDO COM PARECER SOLICITADO COMO COMPLEMENTO ADEQUAÇÃO PARA PARAFUSO METÁLICO NA GUIA 93191609 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização