

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92151137
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 09/08/2023 16:35	5 - Senha 92151137	6 - Data de Validade da Senha 15/10/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0970000009310449	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

PEDRO AUGUSTO L TENCATI

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 10/08/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 2	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	30726190	LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR	1	1
2- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
3- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
4- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
5- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
6- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	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 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 09/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA 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 92151137	4 - Senha 92151137	5 - Data da Autorização 09/08/2023 16:35	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92151137
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0970000009310449	29 - Nome Social

8 - Nome
PEDRO AUGUSTO L TENCATI

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 CLINICA EM ANEXO			
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO			
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM			

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 Autorizada	
21 - Registro ANVISA do Material				22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento									
1- 00	00597007			PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB		_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80044680085				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _			
2- 00	00590045			LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
80777280006				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _			
3- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _			
4- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _			
5- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _			
6- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _			

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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