

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95592610</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>25/06/2024 16:05</b>	5 - Senha <b>95592610</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>06/09/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9942178528863303</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**CAROLINA GRACIANO DE AGUIAR**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>08.271.755/0001-32</b>	13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>CIRO VERONESE DOS SANTOS</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>23858</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>08.271.755/0001-32</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>26/06/2024 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

ENTORSE DISTENSAO ENVOLV LIG CRUZADO JOELHO

29 - CID 10 Principal (opcional) <b>S835</b>	30 - CID 10(2) (opcional) <b>S835</b>	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>30726190</b>	<b>LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733065</b>	<b>REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30733073</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>22</b>	<b>30731216</b>	<b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
7- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
8- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
9-				
10-				
11-				
12-				

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</b>
---	---	---

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>08.271.755/0001-32</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6074502</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 25/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador 95592610

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95592610	4 - Senha 95592610	5 - Data da Autorização 25/06/2024 16:05	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95592610
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9942178528863303	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
CAROLINA GRACIANO DE AGUIAR

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
TRAUMA TORCIONAL JOELHO ESQUERDO, COM LESAO MULTILIGAMENTAR, MENISCAL CONDRAL, COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO  
ENTORSE DISTENSAO ENVLV LIG CRUZADO JOELHO  
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

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 80044680474	100540902	JUGGERSTITCH - 110024773: JUGGERSTITCH DISPOSITIVO DE REPAR ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2 	2		2	
2- 80044680085	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 	1		1	
3- 80044680067	72320893	DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 	1		1	
4- 80356130052	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 	1		1	
5-                                 			                                 				
6-                                 			                                 				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 25/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A

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