

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>95652817</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br><b>01/07/2024 13:35</b> | 5 - Senha<br><b>95652817</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>06/09/2024</b> |
|--|------------------------------|--|

## Dados do Beneficiário

|   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>1500000001442016</b> | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---|--------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome  
**FELICIO JORGE FILHO**

## Dados do Contratado Solicitante

|   |   |   |                      |                                  |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 12 - Código na Operadora<br><b>10.246.214/0001-04</b>                   | 13 - Nome do Contratado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> |   |                      |                                  |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>MARCUS VINICIUS DANIELI</b> | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                                 | 16 - Número do Conselho<br><b>18734</b> | 17 - UF<br><b>41</b> | 18 - Código CBO<br><b>225270</b> |

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>10.246.214/0001-04</b> | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>22/07/2024 00:00</b> |  |  |  |
| 22 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b>                      | 23 - Tipo de Internação<br><b>C</b>  | 24 - Regime de Internação<br><b>1</b>                         | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>1</b> | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>S</b> | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br><b>N</b> |

28 - Indicação Clínica  
ARTROSE COM VARO EM 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)<br><b>9</b> |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição   | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|-------------|-----------------------------|--|-------------------|-----------------|
| 1- 22       | 30726220                    | OSTEOTOMIAS AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO        | 1                 | 1               |
| 2- 22       | 30733057                    | MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO  | 1                 | 1               |
| 3- 22       | 30733049                    | OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # | 1                 | 1               |
| 4- 18       | 60000554                    | DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES                                | 1                 | 1               |
| 5- 18       | 60024151                    | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR  | 1                 | 1               |
| 6- [ ]      | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 7- [ ]      | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 8- [ ]      | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 9- [ ]      | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 10- [ ]     | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 11- [ ]     | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 12- [ ]     | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |

## Dados da autorização

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

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br><b>10.246.214/0001-04</b> | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b> |
|---|--|------------------------------------|

45 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE PARANAVAI 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 |
|--------------------------|---|--|---|

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização