

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91717821</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>30/06/2023 15:30</b>	5 - Senha <b>91717821</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>02/09/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9750000007497981</b>	8 - Validade da Carteira <b>04/08/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

VINICIUS LEANDRO NOZU PAREDES

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28617</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>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>17/07/2023 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

RELESÃO DO LCA JOELHO ESQUERDO LESAO COMPLEXA DO MENISCO MEDIAL E LESÃO COM VARO OSTEOCONDAL GRAVE

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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

## 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	30727162	OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
5- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
6- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	2	2
7- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
8- 18	60024151	ALUGUELTAJA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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>1</b>
---	---	--

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

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A

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

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>91717821</b>	4 - Senha <b>91717821</b>	5 - Data da Autorização <b>30/06/2023 15:30</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>91717821</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9750000007497981</b>	29 - Nome Social
---	------------------

## 8 - Nome

**VINICIUS LEANDRO NOZU PAREDES**

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

## 12 - Justificativa técnica

RELESÃO DO LCA JOELHO ESQUERDO + LESAO COMPLEXA DO MENISCO MEDIAL E LESÃO COM VARO OSTEOCONDAL GRAVE ,  
RELESÃO DO LCA JOELHO ESQUERDO LESAO COMPLEXA DO MENISCO MEDIAL E LESÃO COM VARO OSTEOCONDAL GRAVE  
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
7- <b>10209780031</b>	<b>70474451</b>	<b>PARAFUSO NAO CANULADO PARA USO EM GRANDES FRAGMENTOS ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>6</b>	<input type="checkbox"/>	<b>6</b>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <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 30/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

## 26 - Data da Solicitação

## 27 - Assinatura do Profissional Solicitante

## 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização