

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91476796
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 07/06/2023 18:21	5 - Senha 91476796	6 - Data de Validade da Senha 08/08/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000002909265	8 - Validade da Carteira 31/12/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ISABELA SIQUEIRA ZANETA

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 22/06/2023 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

ENTORSE COM LESAO DO LCA LAL CONDROPATIA PATELAR 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) 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	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	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	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 07/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. FAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 1X 30731216 - po is o código ja contempla transposicao de mais de um tendao, nao cabendo a duplicidade. / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA

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 91476796	4 - Senha 91476796	5 - Data da Autorização 07/06/2023 18:21	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91476796
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 1510000002909265	29 - Nome Social

8 - Nome
ISABELA SIQUEIRA ZANETA

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

Dados da cirurgia
12 - Justificativa técnica ENTORSE COM LESAO DO LCA+ LAL CONDROPATIA PATELAR JOELHO DIREITO ENTORSE COM LESAO DO LCA LAL CONDROPATIA PATELAR JOELHO DIREITO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. FAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 1X 30731216 - pois o codigo ja contempla transposicao de mais de um tendao, nao cabendo a duplicidade.

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. FAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 1X 30731216 - pois o codigo ja contempla transposicao de mais de um tendao, nao cabendo a duplicidade. / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA

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