

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 96057097
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 06/08/2024 16:00	5 - Senha 96057097	6 - Data de Validade da Senha 06/10/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9759005005008002	8 - Validade da Carteira 31/07/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

JOSE ARI LUKENCZUK

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 DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19475	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 28/08/2024 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

LESAO DO MANGUITO ROTADOR DIREITO NECESSITANDO DE REPARO SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS MPOR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESS

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	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
3- 22	30735092	TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART	1	1
4- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
5- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	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 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 06/08/2024 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL 30735084Resse
cao lateral da clavícula / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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
--------------------------	---	---



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

2 - Nº Guia no Prestador 96057097

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 96057097	4 - Senha 96057097	5 - Data da Autorização 06/08/2024 16:00	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 96057097
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9759005005008002	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
JOSE ARI LUKENCZUK

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
LESAO DO MANGUITO ROTADOR DIREITO NECESSITANDO DE REPARO, SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA, TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS MPOR TENDINOPATIA, ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECE
LESAO DO MANGUITO ROTADOR DIREITO NECESSITANDO DE REPARO SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS MPOR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECE
PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL 30735084Resseccao lateral da clavícula

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 Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento				
7-	00151360	EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)		1		1	
10216350077							
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/08/2024 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL 30735084Resseccao lateral da clavícula / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO P ARANA

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