

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94966911
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 02/05/2024 07:51	5 - Senha 94966911	6 - Data de Validade da Senha 12/07/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000071701079	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

GILBERTO PEREIRA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 07.142.188/0001-51	13 - Nome do Contratado SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA
---	--

14 - Nome do Profissional Solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23858	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 07.142.188/0001-51	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA	21 - Data sugerida para Internação 03/05/2024 00:00
--	---	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

RUPTURA DO MENISCO ATUAL

29 - CID 10 Principal (opcional) S832	30 - CID 10(2) (opcional) S832	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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 07.142.188/0001-51	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA	44 - Código CNES 2729539
---	---	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 02/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENTO 30733049 OSTE OCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # - SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 95105202 ADEQUAÇÃO DO PROCEDIMEN TO CONFORME ACEITE DO M A / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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 94966911		4 - Senha 94966911		5 - Data da Autorização 02/05/2024 07:51		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94966911							
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira 0320000071701079				29 - Nome Social											
8 - Nome GILBERTO PEREIRA															
Dados do Profissional Solicitante															
9 - Nome do profissional solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS				10 - Telefone			11 - E-mail								
Dados da cirurgia															
12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM JOELHO ESQUERDO, DEMONSTRADAS EM EXAMES FISICO E DE IMAGEM. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO RUPTURA DO MENISCO ATUAL AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENTO 30733049 OSTEOCONDRPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # - SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 95105202 ADEQUAÇÃO DO PROCEDIMENTO CONFORME ACEITE DO M A															
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									
1- 00499293				CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000		<input type="checkbox"/>		1		<input type="checkbox"/>		1		<input type="checkbox"/>	
80356130052				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD A		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
2- 00 100540902				JUGGERSTITCH - 110024773: JUGGERSTITCH DISPOSITIVO DE REPAR		<input type="checkbox"/>		2		<input type="checkbox"/>		2		<input type="checkbox"/>	
80044680474				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD A		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<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)3249-3000 / Emitido em 02/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENTO 30733049 OSTEOCONDRPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # - SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 95105202 ADEQUAÇÃO DO PROCEDIMENTO CONFORME ACEITE DO M A / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS															
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização									