

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>95828645</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br><b>16/07/2024 21:44</b> | 5 - Senha<br><b>95828645</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>15/09/2024</b> |
|--|------------------------------|--|

## Dados do Beneficiário

|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>9759005004822008</b> | 8 - Validade da Carteira<br><b>31/07/2024</b> | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

**MILTON IDERIHA**

## Dados do Contratado Solicitante

|   |   |
|---|---|
| 12 - Código na Operadora<br><b>08.271.755/0001-32</b> | 13 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b> |
|---|---|

|  |   |   |                      |                                  |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>CIRO VERONESE DOS SANTOS</b> | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 16 - Número do Conselho<br><b>23858</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>08.271.755/0001-32</b> | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b> | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>19/07/2024 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>3</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 PRIM DE OUTR ARTICULACOES

|   |  |                           |                           |   |
|---|--|---------------------------|---------------------------|---|
| 29 - CID 10 Principal (opcional)<br><b>M190</b> | 30 - CID 10(2) (opcional)<br><b>M190</b> | 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- <b>22</b> | <b>30726034</b>             | <b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 2- <b>18</b> | <b>60000554</b>             | <b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>                               | <b>3</b>          | <b>3</b>        |
| 3-           |                             |  |                   |                 |
| 4-           |                             |  |                   |                 |
| 5-           |                             |  |                   |                 |
| 6-           |                             |  |                   |                 |
| 7-           |                             |  |                   |                 |
| 8-           |                             |  |                   |                 |
| 9-           |                             |  |                   |                 |
| 10-          |                             |  |                   |                 |
| 11-          |                             |  |                   |                 |
| 12-          |                             |  |                   |                 |

## Dados da autorização

|   |   |   |
|---|---|---|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>3</b> | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>12</b> |
|---|---|---|

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br><b>08.271.755/0001-32</b> | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br><b>HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA</b> | 44 - Código CNES<br><b>6074502</b> |
|---|--|------------------------------------|

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 16/07/2024 / 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 |
|--------------------------|---|--|---|

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b>   | 3 - Número da Guia Referenciada<br><b>95828645</b> | 4 - Senha<br><b>95828645</b>  | 5 - Data da Autorização<br><b>16/07/2024 21:44</b> | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br><b>95828645</b>   |
| Dados do Beneficiário   |  |   |  |  |
| 7 - Número da Carteira<br><b>9759005004822008</b>   |  | 29 - Nome Social  |  |  |
| 8 - Nome<br><b>MILTON IDERIHA</b>   |  |   |  |  |
| Dados do Profissional Solicitante   |  |   |  |  |
| 9 - Nome do profissional solicitante<br><b>CIRO VERONESE DOS SANTOS</b>   |  | 10 - Telefone   |  | 11 - E-mail  |
| Dados da cirurgia   |  |   |  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>DOR EM JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL, PIORA PROGRESSIVA. NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO PARA COLOCAÇÃO DE PROTESE UNICOMPARTIMENTAL DEVIDO ARTROSE.<br>ARTROSE PRIM DE OUTR ARTICULACOES |  |   |  |  |
| OPME Solicitadas  |  |   |  |  |
| 13 - Tabela<br>21 - Registro ANVISA do Material   | 14 - Código do Material                            | 15 - Descrição<br>22 - Referência do material no fabricante   | 16 - Opção<br>23 - Nº Autorização de Funcionamento | 17 - Qtde. Solicitada<br>18 - Valor Unitário Solicitado<br>19 - Qtde. Autorizada<br>20 - Valor Unitário Autorizado |
| 1- <b>00</b><br><b>80044680227</b>  | <b>76394239</b>                                    | <b>SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 166941 COMP ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>   | <b>1</b>   | <b>1</b>   |
| 2- <b>00</b><br><b>10243070064</b>  | <b>72397950</b>                                    | <b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>     | <b>2</b>   | <b>2</b>   |
| 3- <b>00</b><br><b>80044680227</b>  | <b>76394620</b>                                    | <b>SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 159531 COMP ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>   | <b>1</b>   | <b>1</b>   |
| 4- <b>00</b><br><b>80044680227</b>  | <b>76393984</b>                                    | <b>SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 159576 INSERT ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b> | <b>1</b>   | <b>1</b>   |
| 5- <input type="text"/>   | <input type="text"/>                               | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                               | <input type="text"/>   |
| 6- <input type="text"/>   | <input type="text"/>                               | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                               | <input type="text"/>   |
| 24 - Especificação do Material  |  |   |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 16/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA   |  |   |  |  |
| 26 - Data da Solicitação  |  | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante   |  | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização  |