

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91933234
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 20/07/2023 14:52	5 - Senha 91933234	6 - Data de Validade da Senha 18/09/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000057622755	8 - Validade da Carteira 09/01/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

MARIA JOSE NAVARRO GALUCH

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 31/07/2023 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

LESAO DE MENISCO MEDIAL CARTILAGEM 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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733103	INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET	1	1
3- 22	30733049	OSTEOCONDRPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
4- 98	08011081	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF	1	1
5- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	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 20/07/2023 / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGAS E SABAUDIA

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 91933234		4 - Senha 91933234		5 - Data da Autorização 20/07/2023 14:52		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91933234							
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira 0050000057622755				29 - Nome Social											
8 - Nome MARIA JOSE NAVARRO GALUCH															
Dados do Profissional Solicitante															
9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO				10 - Telefone			11 - E-mail								
Dados da cirurgia															
12 - Justificativa técnica LESÃO DE MENISCO MEDIAL + CARTILAGEM JOELHO DIREITO LESÃO DE MENISCO MEDIAL CARTILAGEM JOELHO DIREITO															
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- 00		00590045		LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		1		,		1		,			
80777280006				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA											
2- 00		00116700		CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1		,		1		,			
80743230025				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA											
3-				_____						,				,	

4-				_____						,				,	

5-				_____						,				,	

6-				_____						,				,	

24 - Especificação do Material															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/07/2023 / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGAS E SABAUDIA															
26 - Data da Solicitação			27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização								