

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94746188
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 12/04/2024 09:50	5 - Senha 94746188	6 - Data de Validade da Senha 17/06/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0482052711000950	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

WILLIAM DE NOBREGA MARIGO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32	13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA
---	---

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 08.271.755/0001-32	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 09/04/2024 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

ENTORSE DISTENSAO ENVOLV LIG CRUZADO JOELHO

29 - CID 10 Principal (opcional) S835	30 - CID 10(2) (opcional) S835	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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
3- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
4- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
5- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
6- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
7- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
8- 	 	 	 	
9- 	 	 	 	
10- 	 	 	 	
11- 	 	 	 	
12- 	 	 	 	

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 08.271.755/0001-32	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	44 - Código CNES 6074502
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 12/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PORTO ALEGRE COOP ERATIVA MEDICA LTDA

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 94746188	4 - Senha 94746188	5 - Data da Autorização 12/04/2024 09:50	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94746188
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 0482052711000950		29 - Nome Social		
8 - Nome WILLIAM DE NOBREGA MARIGO				
Dados do Profissional Solicitante				
9 - Nome do profissional solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS		10 - Telefone		11 - E-mail
Dados da cirurgia				
12 - Justificativa técnica TRAUMA TORCIONAL JOELHO ESQUERDO, DOR, INSTABILIDADE. NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO. ENTORSE DISTENSAO ENVOLV LIG CRUZADO JOELHO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM				
OPME Solicitadas				
13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
1- 80083650067	75043114	SUTURA CIRURGICA TRANCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2- 80044680067	72320893	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
3- 80044680085	00597007	DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4- 80356130052	00499293	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
5- 80044680449	78898676	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
6- 80356139021	03112993	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
24 - Especificação do Material				
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 12/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PORTO ALEGRE COOPERATIVA MEDICA LTDA				
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização