

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>92227628</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>16/08/2023 16:09</b>	5 - Senha <b>92227628</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>27/10/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>8550970063531004</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**ROSA MARIA CLAUDINO CANNARELLA**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28617</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
--	---	---	----------------------	----------------------------------

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>28/08/2023 00:00</b>
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica

ARTROSE DE JOELHO DIREITO GRAVE INTRATAVEL

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) <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>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
4- <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"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Dados da autorização

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

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6528104</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CENTRO OESTE PAULI STA FED INTRAFEDERATIVA COOPERATIVAS MEDICAS

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>92227628</b>	4 - Senha <b>92227628</b>	5 - Data da Autorização <b>16/08/2023 16:09</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>92227628</b>
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira <b>8550970063531004</b>		29 - Nome Social		
8 - Nome <b>ROSA MARIA CLAUDINO CANNARELLA</b>				
Dados do Profissional Solicitante				
9 - Nome do profissional solicitante <b>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>		10 - Telefone		11 - E-mail
Dados da cirurgia				
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO DIREITO GRAVE INTRATAVEL ARTROSE DE JOELHO DIREITO GRAVE INTRATAVEL 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- <b>80044680276</b>	<b>74907735</b>	<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
2- <b>80175510047</b>	<b>76362205</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
3- <b>00</b> <b>80044680258</b>	<b>75999080</b>	<b>COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
4- <b>00</b> <b>10243070064</b>	<b>72397950</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Especificação do Material				
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CENTRO OESTE PAULISTA FED INTRAFEDERATIVA COOPERATIVAS MEDICAS				
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização