

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91848928</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>12/07/2023 17:31</b>	5 - Senha <b>91848928</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>10/09/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000035844089</b>	8 - Validade da Carteira <b>19/07/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**LUCIANA DO NASCIMENTO ISAAC**

## 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>GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>30165</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>29/07/2023 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>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

INSTABILIDADE PATELAR CONDROPLASTIA 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) <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>30733030</b>	<b>CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733103</b>	<b>INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30731216</b>	<b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 <b>1</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 12/07/2023 / Empresa / Titular: DECHRA BRASIL PRODUTOS VETERINARIOS 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 <b>343269</b>		3 - Número da Guia Referenciada <b>91848928</b>		4 - Senha <b>91848928</b>		5 - Data da Autorização <b>12/07/2023 17:31</b>		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>91848928</b>							
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira <b>0050000035844089</b>				29 - Nome Social											
8 - Nome <b>LUCIANA DO NASCIMENTO ISAAC</b>															
Dados do Profissional Solicitante															
9 - Nome do profissional solicitante <b>GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA</b>				10 - Telefone			11 - E-mail								
Dados da cirurgia															
12 - Justificativa técnica INSTABILIDADE PATELAR CONDROPLASTIA JOELHO DIREITO INSTABILIDADE PATELAR CONDROPLASTIA 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 IMPLANTESORTOPEDICOSLTD											
2- 00 00597007				PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB		1				1					
80044680085				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD											
3- 00 71502718				ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J		2				2					
80044680086				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD											
4-															
5-															
6-															
24 - Especificação do Material															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/07/2023 / Empresa / Titular: DECHRA BRASIL PRODUTOS VETERINARIOS LTDA															
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização									