

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91085538
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 05/05/2023 16:02	5 - Senha 91085538	6 - Data de Validade da Senha 04/07/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000059650420	8 - Validade da Carteira 01/02/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

MARCO AURELIO CALZOLARI WOLF

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 MARCUS VINICIUS DANIELI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 18734	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 13/05/2023 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

LESÃO DO LCA ALÇA DE MENISCO MEDIAL 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	30733073	RECONSTRUÇÃO, RETENÇÃO OU REFORÇO DO LIGAMENTO CR	1	1
3- 22	30731216	TRANSPOSIÇÃO DE MAIS DE 1 TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	1	1
4- 18	60000805	DIÁRIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
6- []	[]	[]	[]	[]
7- []	[]	[]	[]	[]
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 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 05/05/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

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 91085538	4 - Senha 91085538	5 - Data da Autorização 05/05/2023 16:02	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91085538
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000059650420	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome	MARCO AURELIO CALZOLARI WOLF
----------	------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
LESAO DO LCA + ALÇA DE MENISCO MEDIAL JOELHO DIREITO
LESAO DO LCA ALÇA DE MENISCO MEDIAL 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 72320907	DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
80044680067	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		
3- 00 00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
80044680085	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		
4- 00 78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_	4	_ _ _ _ _ _ _	4	_ _ _ _ _ _ _
80044680449	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		
5- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		
6- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _		

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/05/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---