

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93395053</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
<b>05/12/2023 09:57</b>	<b>93395053</b>	<b>12/02/2024</b>

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0320000083181725</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome

**ADILER TERESINHA MOURA DE SOUZA BREVE**

### 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	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
<b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	<b>06</b>	<b>28806</b>	<b>41</b>	<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>16/12/2023 00:00</b>
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica
LESAO LIGAMENTAR

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>30731119</b>	<b>TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30734053</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
7-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
8-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
9-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
10- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
11- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
12- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _

### 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 05/12/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS
---

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>93395053</b>	4 - Senha <b>93395053</b>	5 - Data da Autorização <b>05/12/2023 09:57</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93395053</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0320000083181725</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
ADILER TERESINHA MOURA DE SOUZA BREVE

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
LESAO LIGAMENTAR	
LESAO LIGAMENTAR	

[illegible]

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/12/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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