

1 - Registro ANS
005711

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
95611493

4 - Data da Autorização
12/07/2023

5 - Senha
GABUJN4

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira
883244600035005

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN
Não

50 - Nome Social

10 - Nome
EDERSON CEZAR FERREIRA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora
419010

13 - Nome do Contratado
UNIORT ORTOPEdia

14 - Nome do Profissional Solicitante
Cesar Eduardo Castro Ferreira Martins

15 - Conselho Profissional
CRM

16 - Número do Conselho
22343

17 - UF
PR

18 - Código CBO
322 MEDICO ORTOPEDISTA

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ
419010

20 - Nome do Hospital/ Local Solicitado
UNIORT ORTOPEdia

21 - Data Sugerida para Internação (Real)
15/07/2023

22 - Caráter do Atendimento
ELETIVO

23 - Tipo de Internação
2

24 - Regime de Internação
HOSPITALAR

25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

DN: 11/06/1981; DC: ; DA: ; I: 42; P: ; GR: ; A: ; UTI: N; RV: N; OBS: LESAO LIGAMENTAR CRONICA E CORPO LIVE ARTICULAR

29 - CID 10 Principal
S934

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
16	30734037	CONDROPL (C/REM CORP LIVR) - VIDEOARTR TORNOZELO	1	1
16	30734053	RECONSTR. RETENC OU REF LIGAM - VIDEOARTR TORNOZEL	1	1

Dados de Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar
15/07/2023

40 - Qtde. Diárias Autorizadas
1

41 - Tipo da Acomodação Autorizada
QUARTO PARTICULAR

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

- ADM(PL EMPRESARIAL/SPG - REDE NACIONAL (0)) MED(SOLICITAÇÃO AUTORIZADA.) FIN(s/acomp)

46 - Data da Solicitação
30/06/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Referenciada 95611493	4 - Senha GABUJN4	5 - Data da Autorização 12/07/2023	6 - Número da Guia Atribuído pela operadora 95611493
----------------------------	---	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 883244600035005	8 - Nome EDERSON CEZAR FERREIRA
---	------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante Cesar Eduardo Castro Ferreira Martins	10 - Telefone 33720900	11 - E-mail internacacao@uniorte.com.br
---	---------------------------	--

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica
LESAO LIGAMENTAR CRONICA E CORPO LIVE ARTICULAR

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção Fabr.	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					
29 - Especificação do Material							
TUSS	0078412951	LAMINA DE SHAVER RETA ABRADER 5.5MM - preta(partes ósseas)	1	1	0	1	
80804050083	72200082						1
24 - Especificação do Conjunto de Materiais LESAO LIGAMENTAR CRONICA E CORPO LIVE ARTICULAR							
25 - Observação / Justificativa LESAO LIGAMENTAR CRONICA E CORPO LIVE ARTICULAR							
26 - Data da Solicitação 30/06/2023	27 - Assinatura do Profissional Solicitante			28 - Assinatura do Responsável pela Autorização			