

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95524888
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 19/06/2024 15:50	5 - Senha 95524888	6 - Data de Validade da Senha 24/08/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000016425939	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

MARIA RITA LOPES CANCIAN

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 ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 17905	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 10/07/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

DOR PLATO MEDIAL COM INCAPACIDADE FUNCIONAL SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO CINTILOGRAFIA SOLTURA COMPONENTES

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	30710049	RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACO	1	1
2- 22	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
3- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	3	3
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 3	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 19/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A

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 95524888	4 - Senha 95524888	5 - Data da Autorização 19/06/2024 15:50	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95524888
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000016425939	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

MARIA RITA LOPES CANCIAN

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

DOR PLATO MEDIAL COM INCAPACIDADE FUNCIONAL SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO. CINTILOGRAFIA - SOLTURA COMPONENTES
DOR PLATO MEDIAL COM INCAPACIDADE FUNCIONAL SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO CINTILOGRAFIA SOLTURA COMPONENTES
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- 00 81207919001	00660108	SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	1	_	1	_
2- 00 10243070064	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 3	3	_	3	_
3- 73991740 80044680277		COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5994-014-91 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	1	_	1	_
4- 74896873 80044680257		COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-010-11 C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2	2	_	2	_
5- 74946994 80044680317		PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-12 C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	1	_	1	_
6- 74897888 80044680257		COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-020-11 C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2	2	_	2	_

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95524888	4 - Senha 95524888	5 - Data da Autorização 19/06/2024 15:50	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95524888
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 9750000016425939	29 - Nome Social

8 - Nome
MARIA RITA LOPES CANCIAN

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	DOR PLATO MEDIAL COM INCAPACIDADE FUNCIONAL SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO. CINTILOGRAFIA - SOLTURA COMPONENTES DOR PLATO MEDIAL COM INCAPACIDADE FUNCIONAL SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO CINTILOGRAFIA SOLTURA COMPONENTES AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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