

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90979121
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 26/04/2023 13:27	5 - Senha 90979121	6 - Data de Validade da Senha 26/06/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000001443629	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

RAFAEL HIDALGO LOBATO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32	13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 26535	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 28/04/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 2	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

S832 Reparo ou Sutura de menisco

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	30733049	OSTEOCONDRÓPLASTIA - ESTABILIZAÇÃO, RESSECÇÃO E/OU PLÁSTIA #	1	1
3- 18	60000554	DIÁRIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12
---	---	---

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA	44 - Código CNES 6074502
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 26/04/2023 / CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED APUCARA NA

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 90979121	4 - Senha 90979121	5 - Data da Autorização 26/04/2023 13:27	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90979121
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000001443629	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

RAFAEL HIDALGO LOBATO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

Paciente apresentando lesões em joelho esquerdo, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico de urgência

S832 Reparo ou Sutura de menisco

CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO

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 80777280006	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 	1		1	
2- 00 80044680449	78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	3 	3		3	
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 26/04/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização