

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>92999462</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>27/10/2023 17:53</b>	5 - Senha <b>92999462</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>30/12/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9750000011074925</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**MARCIA CRISTINA DOS SANTOS**

## 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 <b>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28617</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <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>13/11/2023 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>N</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

ARTROSE MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO

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>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>2</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 27/10/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ

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>92999462</b>	4 - Senha <b>92999462</b>	5 - Data da Autorização <b>27/10/2023 17:53</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>92999462</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>9750000011074925</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	MARCIA CRISTINA DOS SANTOS
----------	----------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	ARTROSE MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO ARTROSE MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO 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- <b>80044680227</b>	<b>76394620</b>	<b>SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 159531 COMP ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_    1	1	_	1	_
2- <b>80044680227</b>	<b>76394239</b>	<b>SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 166941 COMP ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_    1	1	_	1	_
3- <b>00</b> <b>80044680227</b>	<b>76394476</b>	<b>SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 159540 INSERT ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_    1	1	_	1	_
4- <b>00</b> <b>10243070064</b>	<b>72397950</b>	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_    2	2	_	2	_
5-  _   _	_	_____	_     _	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
6-  _   _	_	_____	_     _	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_

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

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/10/2023 /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
--------------------------	---	---