

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95127858 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 15/05/2024 09:35 | 5 - Senha 95127858 | 6 - Data de Validade da Senha 14/07/2024 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 9750000006296028 | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN N |
|---|--------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

MARCOS LUIZ PEGO

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 20/05/2024 00:00 |
|--|--|---|

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 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

REPARO OU SUTURA DE UM 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 | OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # | 1 | 1 |
| 3- 98 | 08011081 | PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF | 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 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 15/05/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 46 - Data da Solicitação | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|--|---|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|--|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|------------------------------------|---|--|---|-------------|---|---|------------------------------------|--|--|---|-------------|---|---|--------------------------------------|-------|-------------|--|-------------|--|---|--------------------------------------|-------|-------------|--|-------------|--|---|--------------------------------------|-------|-------------|--|-------------|--|---|--------------------------------------|-------|-------------|--|-------------|--|---|
| 1 - Registro ANS <div>343269</div> | 3 - Número da Guia Referenciada <div>95127858</div> | 4 - Senha <div>95127858</div> | 5 - Data da Autorização <div>15/05/2024 09:35</div> | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <div>95127858</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div>Dados do Beneficiário</div> <div><div><div>7 - Número da Carteira 9750000006296028</div><div>29 - Nome Social</div></div><div>8 - Nome MARCOS LUIZ PEGO</div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div>Dados do Profissional Solicitante</div> <div><div><div>9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</div><div>10 - Telefone</div><div>11 - E-mail</div></div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div>Dados da cirurgia</div> <div><div>12 - Justificativa técnica REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO</div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div>OPME Solicitadas</div> <table><tr><td>13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material</td><td>15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante</td><td>16 - Opção 23 - N° Autorização de Funcionamento</td><td>17 - Qtde. Solicitada</td><td>18 - Valor Unitário Solicitado</td><td>19 - Qtde. Autorizada</td><td>20 - Valor Unitário Autorizado</td></tr><tr><td>1- 00 00499293 80356130052</td><td>CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</td><td> 1 , </td><td>1</td><td> , </td><td>1</td><td> , </td></tr><tr><td>2- 00 00116700 80743230025</td><td>CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</td><td> 1 , </td><td>1</td><td> , </td><td>1</td><td> , </td></tr><tr><td>3- </td><td>_____</td><td> , </td><td> </td><td> , </td><td> </td><td> , </td></tr><tr><td>4- </td><td>_____</td><td> , </td><td> </td><td> , </td><td> </td><td> , </td></tr><tr><td>5- </td><td>_____</td><td> , </td><td> </td><td> , </td><td> </td><td> , </td></tr><tr><td>6- </td><td>_____</td><td> , </td><td> </td><td> , </td><td> </td><td> , </td></tr></table> | | | | | 13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material | 15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante | 16 - Opção 23 - N° Autorização de Funcionamento | 17 - Qtde. Solicitada | 18 - Valor Unitário Solicitado | 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado | 1- 00 00499293 80356130052 | CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 1 , | 1 | , | 1 | , | 2- 00 00116700 80743230025 | CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 1 , | 1 | , | 1 | , | 3- | _____ | , | | , | | , | 4- | _____ | , | | , | | , | 5- | _____ | , | | , | | , | 6- | _____ | , | | , | | , |
| 13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material | 15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante | 16 - Opção 23 - N° Autorização de Funcionamento | 17 - Qtde. Solicitada | 18 - Valor Unitário Solicitado | 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1- 00 00499293 80356130052 | CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 1 , | 1 | , | 1 | , | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2- 00 00116700 80743230025 | CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 1 , | 1 | , | 1 | , | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3- | _____ | , | | , | | , | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4- | _____ | , | | , | | , | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5- | _____ | , | | , | | , | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6- | _____ | , | | , | | , | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div>24 - Especificação do Material</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div>25 - Observação / Justificativa</div> <div>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |