

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93144795
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 10/11/2023 17:36	5 - Senha 93144795	6 - Data de Validade da Senha 16/01/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000029693581	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

VADELIR MARCELINO PEREIRA

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 27/11/2023 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

PACIENTE EM TRATAMENTO DE ARTRITE SEPTICA ESTA COM ESPAÇADOR MOVEL INDICADO RECOLOCAR PROTESE

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- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	3	3
2- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	3	3
3- []	[]		[]	[]
4- []	[]		[]	[]
5- []	[]		[]	[]
6- []	[]		[]	[]
7- []	[]		[]	[]
8- []	[]		[]	[]
9- []	[]		[]	[]
10- []	[]		[]	[]
11- []	[]		[]	[]
12- []	[]		[]	[]

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 10/11/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AOS PROCEDIMENTOS RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACOES + ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - existe codificacao especifica para a revisao de protese, sugerimos adequar para 3.07.26.25-5 Revisoes de artroplastia total tratamento cirurgico. DESFAVORAVEL AO OPME SISTEMA LAVAGE M OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z - são itens considerados inclusos em taxa de sala e nao devem ser liberados ou remunerados a parte : Itens inclusos nas ta

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

[illegible]

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93144795	4 - Senha 93144795	5 - Data da Autorização 10/11/2023 17:36	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93144795
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000029693581	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

VADELIR MARCELINO PEREIRA

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

PACIENTE EM TRATAMENTO DE ARTRITE SEPTICA, ESTA COM ESPAÇADOR MOVEL. INDICADO RECOLOCAR PROTESE.
PACIENTE EM TRATAMENTO DE ARTRITE SEPTICA ESTA COM ESPAÇADOR MOVEL INDICADO RECOLOCAR PROTESE
AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AOS PROCEDIMENTOS RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACOES + ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMP
LANTES - existe codificacao especifica para a revisao de protese, sugerimos adequar para 3.07.26.25-5 Revisoes de artroplastia total tratamento cirurgico. DESFAVORAVEL AO OPME SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z
-CT02Z - são itens considerados inclusos em taxa de sala e nao devem ser liberados ou remunerados a parte : Itens inclusos nas taxas de salas cirurgicas: Instrumentais cirurgicos como drill, garrote pneumatico, trepano, lavagem pulsatil e bico de aspirador.

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
7- 80044680257	74895893	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-057-01 C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
8- 00 80044680257	74896385	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-003-26 C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
9- 00 80044680274	77120396	COMPONENTE FEMORAL PRECOAT COM RESTRICAO - 00-5990-034-01 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/11/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AOS PROCEDIMENTOS RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACOES + ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - existe codificacao especifica para a revisao de protese, sugerimos adequar para 3.07.26.25-5 Revisoes de artroplastia total tratamento cirurgico. DESFAVORAVEL AO O
PME SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z - são itens considerados inclusos em taxa de sala e nao devem ser liberados ou remunerados a parte : Itens inclusos nas taxas de salas cirurgicas: Instrumentais cirurgicos como drill, garrote pneumatico, trepano, lavagem pulsatil e bico de aspirador. / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA

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