

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93398306
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 05/12/2023 12:26	5 - Senha 93398306	6 - Data de Validade da Senha 03/02/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000014431273	8 - Validade da Carteira 17/09/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ODILIA MARGARETE GUILHEN ROCHA RUIZ

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 JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28617	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 13/12/2023 00:00
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica

ATROSE 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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	2	2
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <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"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	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 05/12/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA

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 93398306	4 - Senha 93398306	5 - Data da Autorização 05/12/2023 12:26	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93398306
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000014431273	29 - Nome Social

8 - Nome
ODILIA MARGARETE GUILHEN ROCHA RUIZ

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

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
ATROSE DE JOELHO ESQUERDO	
ATROSE DE JOELHO ESQUERDO	

OPME Solicitadas															
13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material		14 - Código do Material 22 - Referência do material no fabricante		15 - Descrição		16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento		17 - Qtde. Solicitada		18 - Valor Unitário Solicitado		19 - Qtde. Autorizada		20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00	72397950			CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
10243070064				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
2- 00	74904590			INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680272				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
3-	74896717			COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680257				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
4-	73991953			COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680277				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
5- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
6- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _		

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/12/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA

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