

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93106226</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>08/11/2023 10:28</b>	5 - Senha <b>93106226</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>07/01/2024</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000059373302</b>	8 - Validade da Carteira <b>29/12/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**JOSE GERALDO DOS SANTOS JUNIOR**

## 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>MARCUS VINICIUS DANIELI</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>18734</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>09/11/2023 00:00</b>
--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

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

28 - Indicação Clínica

LUXAÇÃO PATELAR LESÃO LIGAMENTAR PATELAR JOELHO DIREITO

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- 22	30733103	INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET	1	1
2- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
3- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
6- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
7- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
8- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
9- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
10- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
11- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
12- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</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 08/11/2023 / Empresa / Titular: BELA SEMENTES INDUSTRIA E COMERCIO DE SEMENTES LTDA

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>93106226</b>	4 - Senha <b>93106226</b>	5 - Data da Autorização <b>08/11/2023 10:28</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93106226</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000059373302</b>	29 - Nome Social

8 - Nome
<b>JOSE GERALDO DOS SANTOS JUNIOR</b>

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>MARCUS VINICIUS DANIELI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>LUXAÇÃO PATELAR + LESÃO LIGAMENTAR PATELAR JOELHO DIREITO</p> <p>LUXAÇÃO PATELAR LESÃO LIGAMENTAR PATELAR JOELHO DIREITO</p>

OPME Solicitadas									
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro	ANVISA do Material	22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento						
1- 00	100066879	CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _		
81288540024		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _		
2- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _		
80044680085		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _		
3- 00	71876561	ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _		
80083650063		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _		
4-	90299647	TISSEEL KIT 2 FA VD INC PO LIOF + 2 FA DIL X 5 ML + SIST REC E APLI	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _		
1068301820060		BIOMIG MATERIAIS MEDICO HOSPITALARES LTDA	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _		
5-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _		
_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _		
6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _		
_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _		

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/11/2023 / Empresa / Titular: BELA SEMENTES INDUSTRIA E COMERCIO DE SEMENTES LTDA

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