

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94025839
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 08/02/2024 17:33	5 - Senha 94025839	6 - Data de Validade da Senha 20/04/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000056679424	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ULIANA FERNANDA CRIVELLARO CHAMMAS CASSAR

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 18734	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 25/03/2024 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

REVISAO DE ATROPLASTIA POS INFECÇÃO 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	1	1
3- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	3	3
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 3	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12
---	---	---

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	44 - Código CNES 2550792
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 08/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94025839	4 - Senha 94025839	5 - Data da Autorização 08/02/2024 17:33	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94025839			
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 0320000056679424	29 - Nome Social						
8 - Nome ULIANA FERNANDA CRIVELLARO CHAMMAS CASSAR							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI	10 - Telefone		11 - E-mail				
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica REVISAO DE ATROPLASTIA , POS INFECCÃO , JOELHO ESQUERDO REVISAO DE ATROPLASTIA POS INFECCÃO JOELHO ESQUERDO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material 7- 77120396 80044680274 8- 74950967 80044680317 9- 00 00660108 81207919001 10- 00 72397950 10243070064	14 - Código do Material 22 - Referência do material no fabricante COMPONENTE FEMORAL PRECOAT COM RESTRICAO - 00-5990-034-01 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-20 C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	15 - Descrição	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento 3 1 1 3	17 - Qtde. Solicitada 3 1 1 3	18 - Valor Unitário Solicitado 3 1 1 3	19 - Qtde. Autorizada 3 1 1 3	20 - Valor Unitário Autorizado
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 08/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS							
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização			