

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93861511</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>25/01/2024 11:48</b>	5 - Senha <b>93861511</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>29/03/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>1170000001823971</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**LEONARDO MELCO SFEIR**

## 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>ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28281</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>29/02/2024 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</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

RECONSTRUÇÃO DE LCA 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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
2- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
3- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
4- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 25/01/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30 733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO + OPME DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - p ois trata-se de paciente de 67 anos, com alteracoes degenerativas em joelho e nesse caso, nao ha superioridade da sutura meniscal em relacao a menissectomia, sugiro tr oca por 30733057Menissectomia - um menisco - procedimento videoartroscopico de joelho. DESFAVORAVEL AO OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL

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



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador 93861511

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93861511	4 - Senha 93861511	5 - Data da Autorização 25/01/2024 11:48	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93861511
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 1170000001823971	29 - Nome Social
8 - Nome LEONARDO MELCO SFEIR	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM DOR EM JOELHO ESQUERDO APÓS ATIVIDADE FISICA, EVOLUIU COM RUPTURA DE LCA, LESÃO DE MENISCO MEDIAL COM "FLAP" E LESÃO OSTEOCONDAL . ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO + OPME DISPOSITIVO D RECONSTRUÇÃO DE LCA JOELHO ESQUERDO AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO + OPME DISPOSITIVO D E REPARACAO DO MENISCO - pois trata-se de paciente de 67 anos, com alteracoes degenerativas em joelho e nesse caso, nao ha superioridade da sutura meniscal em relacao a meniscectomia, sugiro troca por 30733057Meniscectomia - um menisco - procedimento videoartroscopico de joelho. DESFAVORAVEL AO OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL - por nao haver evidencia literaria que comprove a superioridade do uso de parafusos absorviveis em detriment o aos parafusos metalicos nas cirurgias ligamentares do joelho, sugiro troca.	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
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	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
3-					
4-					
5-					
6-					

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

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/01/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO + OPME DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - pois trata-se de paciente de 67 anos, com alteracoes degenerativas em joelho e nesse caso, nao ha superioridade da sutura meniscal em relacao a meniscectomia, sugiro troca por 30733057Meniscectomia - um menisco - procedimento videoartroscopico de joelho. DESFAVORAVEL AO OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL - por nao haver evidencia literaria que comprove a superioridade do uso de parafusos absorviveis em detrimento aos parafusos metalicos nas cirurgias ligamentares do joelho, sugiro troca. / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
--

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