

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95443344	
4 - Data da Autorização 12/06/2024 17:03	5 - Senha 95443344	6 - Data de Validade da Senha 13/08/2024

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 9759151002897000	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
50 - Nome Social		
10 - Nome MASSAJI SUGANUMA		

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 25/06/2024 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 DOR INCAPACIDADE JOELHO DIREITO COM DEFORMIDADE EM VARO					
---	--	--	--	--	--

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 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 12/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ							
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 95443344	4 - Senha 95443344	5 - Data da Autorização 12/06/2024 17:03	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95443344
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 9759151002897000	29 - Nome Social			
8 - Nome MASSAJI SUGANUMA				
Dados do Profissional Solicitante				
9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone		11 - E-mail	
Dados da cirurgia				
12 - Justificativa técnica DOR + INCAPACIDADE JOELHO DIREITO, COM DEFORMIDADE EM VARO. DOR INCAPACIDADE JOELHO DIREITO COM DEFORMIDADE EM VARO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM				
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
1- 00 80044680277	73990930	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
2- 00 10243070064	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
3- 74896466 80044680257		COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
4- 74951955 80044680317		PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-12 C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Especificação do Material				
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	