

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91227578
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 17/05/2023 16:05	5 - Senha 91227578	6 - Data de Validade da Senha 18/07/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000017124851	8 - Validade da Carteira 31/01/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

LILIAN FERNANDES MACIEL TICIANEL

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 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 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 29/05/2023 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

ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO COM VALGO

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	3	3
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	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 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 17/05/2023 /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 91227578	4 - Senha 91227578	5 - Data da Autorização 17/05/2023 16:05	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91227578
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 9750000017124851	29 - Nome Social

8 - Nome	LILIAN FERNANDES MACIEL TICIANEL
----------	----------------------------------

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

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO COM VALGO ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO COM VALGO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

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-	02967227	COMPONENTE FEMORAL PS PERSONA STD DIREITO 05 42-5006-058-02	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680307		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
2-	74949861	PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 42-5226-004-	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680317		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
3-	74931105	BASE TIBIAL METALICA - 42-5320-067-02 BASE TIBIAL CIMENTADA PE	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680301		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
4-	74932047	BASE TIBIAL METALICA - 42-5570-001-14 COMPONENTE HASTE TIBIAL	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680301		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
5-	00660108	SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
81207919001		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		
6- 00	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/05/2023 /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
--------------------------	---	---