

2 - Nº Guia no Prestador

90977099

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	· Número da Gu	ia Atribuído i	nela Onera	dora								
The second virte	1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90977099											
4 - Data da Autorização	5 - Senh	ıa		6 - Data de Vali	dade da Senh	na						
26/04/2023 11	:07	90	977099		25/06/2	2023						
Dados do Beneficiário						_,						
7 - Número da Carteira 0050000005517403			11	idade da Carteira 2 /2025	l	9 -	Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social			02/02	12025			IN .					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
MARIA TEREZA RUIZ	CANONICO)										
Dados do Contratado Soli	citante											
12 - Código na Operadora		11	Nome do Co									
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E O	RTOPEDIA E								
14 - Nome do Profissional Societa CESAR EDUARDO CA		DEIDA M	A DTIME		06		elho Profissio	nal	16 - Número do C 22343	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local						<u> </u>			22343		41	223270
19 - Código na Operadora /			-	I / Local Solicitad	lo					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		1		PEDIA ESPE		A LTI	DA			11	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde.	Diárias	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OF	PME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		1			S			N
28 - Indicação Clínica PEDIDO MÉDICO EM AN												
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30 - CID	10(2) (opcio	onal) 3	1 - CID 10(3) (opo	cional) 32	2 - CID	10(4) (opcion	al)	33 - Indicação de A		cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens A					-1							
34 - Tabela 35 - Código	do Procediment		Descrição	040 111104 5	SE TENDA	_					- Qtde. Sol	
1- 22 30731224 2- 22 30729203				CAO UNICA E		_	MFTATAR	SOS/F	ALANGES - TF	1 RAT 2		1 2
3- 18 60000384				COMPANHAI						1		1
4- 18 60000805		DIA	RIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE	2 LEI	тоѕ сом	BANH	EIRO PRIVATI\	/0 1		1
5- _	_ _ _ _	_!								_	_ _	
6-	_ _ _ _	_									_	
7- _ _ _ _ _ _ _ _ _	- 	_								 	_lll _l l l	
9-		 _									_!!! _	 _
10- _	_ _ _ _	_l								I_	_ _	_
11-	_ _ _ _	_!								<u> </u> -	_	
12-										l_	_	
Dados da autorização		<u> </u>						_				
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde I	Diárias Auto 1	orizadas 41	- Tipo de Acc	omodaç	ão autorizada	a				
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizad	11		ospital / Local Aut RTOPEDIA E		ZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43))3372-0900 / E									singture d	Poppor	ol pole Autorice 2
46 - Data da Solicitação	4/-/	assinatura do	D Profission	al Solicitante	48 - Assinatu	па оо В	enenciario ot	ı kespo	risavei 49 - Ass	sınatura do	Responsav	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

90977099 (Via MÉDICO)

1 - Registro ANS	· Número da (Guia Atribuído	pela Opera	dora		90	977099				
4 - Data da Autorização	5 - Se	enha	1	6 - Data de Valid	dade da Sen			J			
26/04/2023 11	:07	90	977099	•	25/06/	/2023					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			- 11	idade da Carteira		9 - Atendime					
0050000005517403			02/02	2/2025			N				
50 - Nome Social	50 - Nome Social										
10 - Nome											
MARIA TEREZA RUIZ CANONICO Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		11	Nome do Co								
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA ES							
14 - Nome do Profissional S CESAR EDUARDO CA		ERREIRA M	ARTINS		15 06	- Conselho Profi 3	ssional	16 - Número do C 22343	onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado /	Dados da Int	ernação		''						
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		al / Local Solicitado					1		ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESPE					<u> </u>	023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento 1	11	e Internação C	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde.	Diárias Solicitada 1	s 26 - P	revisão de uso de OP S	ME 27 - F	revisão de	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica PEDIDO MÉDICO EM AN	1										
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30 - C	CID 10(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional) 3:	2 - CID 10(4) (op	cional)	33 - Indicação de A		idente ou c	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais	Solicitados									
	do Procedime		Descrição						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30731224 2- 22 30729203				CAO UNICA D IA OU PSEUDA			ARSOS/	FALANGES - TR	1 AT 2		1 2
3-											
Dados da autorização	· ~ · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1 40 011	Diffice A. I		T' I. A.						
39 - Data provável da Admis	são hospitala	ar 40 - Qtde	Diárias Auto 1	orizadas 41 ·	- Tipo de Ac	omodação autori	zada				
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autoriz	11		ospital / Local Auto		ZADA LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43)3372-0900	/ Emitido em				A TEREZA RUIZ			inatura de l	Pacnaraí	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

90977099

(Via ANESTESISTA)

1 - Registro ANS	· Número da (Guia Atribuído	pela Opera	dora		90	977099				
4 - Data da Autorização	5 - Se	enha	1	6 - Data de Valid	dade da Sen			J			
26/04/2023 11	:07	90	977099	•	25/06/	/2023					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			- 11	idade da Carteira		9 - Atendime					
0050000005517403			02/02	2/2025			N				
50 - Nome Social	50 - Nome Social										
10 - Nome											
MARIA TEREZA RUIZ CANONICO Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		11	Nome do Co								
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA ES							
14 - Nome do Profissional S CESAR EDUARDO CA		ERREIRA M	ARTINS		15 06	- Conselho Profi 3	ssional	16 - Número do C 22343	onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado /	Dados da Int	ernação		''						
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		al / Local Solicitado					1		ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESPE					<u> </u>	023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento 1	11	e Internação C	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde.	Diárias Solicitada 1	s 26 - P	revisão de uso de OP S	ME 27 - F	revisão de	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica PEDIDO MÉDICO EM AN	1										
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30 - C	CID 10(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional) 3:	2 - CID 10(4) (op	cional)	33 - Indicação de A		idente ou c	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais	Solicitados									
	do Procedime		Descrição						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30731224 2- 22 30729203				CAO UNICA D IA OU PSEUDA			ARSOS/	FALANGES - TR	1 AT 2		1 2
3-											
Dados da autorização	· ~ · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1 40 011	Diffice A. I		T' I. A.						
39 - Data provável da Admis	são hospitala	ar 40 - Qtde	Diárias Auto 1	orizadas 41 ·	- Tipo de Ac	omodação autori	zada				
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autoriz	11		ospital / Local Auto		ZADA LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43)3372-0900	/ Emitido em				A TEREZA RUIZ			inatura de l	Pacnaraí	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

90977099

(Via 1º AUXILIAR)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atr	ribuído pela Operadora		90977099							
4 - Data da Autorização 5 - Senha	6 - Data de Va	alidade da Senha								
26/04/2023 11:07	90977099	25/06/2023								
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN									
0050000005517403	02/02/2025		N							
50 - Nome Social										
10 - Nome MARIA TEREZA RUIZ CANONICO										
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	UNIONI E ONTOFEDIA		elho Profissional	16 - Número do C	onselho 17 - UF	18 - Código CBO				
CESAR EDUARDO CASTRO FERREII	RA MARTINS	06	onio i Tonodonai	22343	41	225270				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados	da Internação					J L				
1 1	- Nome do Hospital / Local Solicita				21 - Data sugerida	· -				
	NIORT E ORTOPEDIA ESP				03/05/2023 00:					
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Interna 1 C	ação 24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26 - Pr	revisão de uso de OP	ME 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico				
28 - Indicação Clínica PEDIDO MÉDICO EM ANEXO										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2	2) (opcional) 31 - CID 10(3) (o	pcional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	Acidente (acidente ou 9	doença relacionada)				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicita	ados									
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30731224 2- 22 30729203 3-		DARTROSE DOS			37 - Qtde. So 1 LAT 2	1 2				
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40	- Qtde Diárias Autorizadas 4	11 - Tipo de Acomodaç	ão autorizada							
	1 1									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	43 - Nome do Hospital / Local A UNIORT E ORTOPEDIA		LTDA			44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitic	do em 26/04/2023 / Empresa / T	Fitular: MARIA TERE			inatura do Responsá	rol pola Autorinasia				



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
		90977099		90977099	26/04/2023 11:07	90977099
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
0050000005517403						
8 - Nome						
MARIA TEREZA RUIZ	CANONICO					
Dados do Profissional Solic						
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	I - E-mail	
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MAR	RTINS				
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica PEDIDO MÉDICO EM ANE PEDIDO MÉDICO EM ANE		Haanon + 01 Lâmina 64 N	IIS: ARTHROM			
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SET		I I 1		_ 1
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _ _		
2- _				_ _ _	_ _ _ , _	_
	_ _ _			_ _ _ _	_	_ _
3-	_ _ _ _				_	-
	_ _ _		- -		_ _ _ _	
	 				_	
5-	_ _ _	111111			_ _	
			_ _ _			
6- _	_ _ _				_	
					_ _ _	_
24 - Especificação do Materia 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	1	04/2023 / Empresa / Titular:	MARIA TEREZA RUIZ CANONICO			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	