

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94263517
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 01/03/2024 16:49	5 - Senha 94263517	6 - Data de Validade da Senha 30/04/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000003858971	8 - Validade da Carteira 20/08/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

DIONICE DEOLINDA CORREIA VICENTE

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 DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19475	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 10/03/2024 00:00			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N

28 - Indicação Clínica

LESAO DO MANGUITO ROTATOR

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	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
3- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
4- 22	30735092	TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART	1	1
5- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
6- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
7- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	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 01/03/2024 / 1 EQUIPO 4 VIAS - material pago em conta / Empresa / Titular: DIONICE DEOLINDA CORREIA VICENTE

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 94263517

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94263517	4 - Senha 94263517	5 - Data da Autorização 01/03/2024 16:49	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94263517
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000003858971	29 - Nome Social DIONICE DEOLINDA CORREIA VICENTE

Dados do Profissional Solicitante	
9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	10 - Telefone 11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica LESAO DO MANGUITO ROTATOR LESAO DO MANGUITO ROTATOR 1 EQUIPO 4 VIAS - material pago em conta	

OPME Solicitadas						
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - N° Autorização de Funcionamento			
1- 00	71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	_	3	_ _ _ _ _ _ _ _	3
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _			

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/03/2024 / 1 EQUIPO 4 VIAS - material pago em conta / Empresa / Titular: DIONICE DEOLINDA CORREIA VICENTE	
--	--

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