

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95127481</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>15/05/2024 09:26</b>	5 - Senha <b>95127481</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>14/07/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000007373298</b>	8 - Validade da Carteira <b>17/10/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**MARILI CAMPANO CESARIO**

## 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>CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>22343</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>20/05/2024 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>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO

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- <b>22</b>	<b>30731224</b>	<b>TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30734053</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30731127</b>	<b>TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>98</b>	<b>08011981</b>	<b>PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 <b>2</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 15/05/2024 / Empresa / Titular: MARCELO CAMPANO CESARIO

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 95127481

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95127481	4 - Senha 95127481	5 - Data da Autorização 15/05/2024 09:26	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95127481
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000007373298	29 - Nome Social
8 - Nome MARILI CAMPANO CESARIO	

Dados do Profissional Solicitante	
9 - Nome do profissional solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	10 - Telefone
11 - E-mail	

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO	

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	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000		1	
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2- 00	78891353	SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX,		1	
80083650084		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
3-					
4-					
5-					
6-					

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

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2024 / Empresa / Titular: MARCELO CAMPANO CESARIO		
--	--	--

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