

1 - Registro ANS <b>343269</b>						3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89724969</b>																	
4 - Data da Autorização <b>03/01/2023 14:43</b>						5 - Senha <b>89724969</b>						6 - Data de Validade da Senha <b>04/03/2023</b>											
Dados do Beneficiário																							
7 - Numero da Carteira <b>0050000003086537</b>								8 - Validade da Carteira <b>29/03/2025</b>						9 - Atendimento de RN <b>N</b>									
10 - Nome <b>MARIA BORTOLAZZI PEREIRA</b>												11 - Cartão Nacional de Saúde <b>709008833749213</b>											
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>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>										15 - Conselho Profissional <b>06</b>				16 - Número do Conselho <b>17905</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>05/01/2023 00:00</b>							
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>			23 - Tipo de Internação <b>2</b>			24 - Regime de internação <b>1</b>			25 - Qtde. diárias solicitadas <b>3</b>			26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>			27 - Previsão de uso de Quimioterapia <b>N</b>								
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO																							
29-CID10 Principal (opcional)																							
30-CID10(2) (opcional)																							
31-CID10(3) (opcional)																							
32-CID10(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 - Qtd. Sol.		38 - Qtd. Aut.							
1- <b>22</b>		<b>30710049</b>		<b>RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACOES</b>										<b>1</b>		<b>1</b>							
2- <b>22</b>		<b>30726034</b>		<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRURGICO</b>										<b>1</b>		<b>1</b>							
3- <b>18</b>		<b>60000384</b>		<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>										<b>1</b>		<b>1</b>							
4- <b>18</b>		<b>60000805</b>		<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>										<b>3</b>		<b>3</b>							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
Dados da autorização																							
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b> _ _ / _ _ / _ _ </b>						40 - Qtde Diarias Autorizadas <b>3</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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 03/01/2023 / Empresa / Titular: MARIA BORTOLAZZI PEREIRA																							
46 - Data da Solicitação <b> _ _ / _ _ / _ _ </b>						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

89724969

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89724969</b>	4 - Senha <b>89724969</b>	5 - Data da Autorização <b>03/01/2023 14:43</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89724969</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000003086537</b>	8 - Nome <b>MARIA BORTOLAZZI PEREIRA</b>
---	---

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO  
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

## OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	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- <b>74895893</b> <b>80044680257</b>	<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-057-01 C</b>	<b>1</b>					
2- <b>74934708</b> <b>80044680305</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b>	<b>3</b>					
3- <b>74904558</b> <b>80044680272</b>	<b>INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-5994</b>	<b>1</b>					
4- <b>00</b> <b>72397950</b> <b>10243070064</b>	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO</b>	<b>3</b>					
5- <b>73991740</b> <b>80044680277</b>	<b>COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5994-014-91</b>	<b>1</b>					
6- <b>74896873</b> <b>80044680257</b>	<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-010-11 C</b>	<b>2</b>					

## 24 - Especificação do material

## 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 03/01/2023 / Empresa / Titular: MARIA BORTOLAZZI PEREIRA

## 26 - Data da Solicitação

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

## 27 - Assinatura do Profissional Solicitante

## 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

2 - Nº

89724969

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89724969</b>	4 - Senha <b>89724969</b>	5 - Data da Autorização <b>03/01/2023 14:43</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89724969</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000003086537</b>	8 - Nome <b>MARIA BORTOLAZZI PEREIRA</b>
---	---

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
--

## OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	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	
7-	<b>74903934</b>	<b>INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-5994</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
	<b>80044680272</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>					
8-	<b>74897888</b>	<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-020-11 C</b>		<b>2</b>		<b>2</b>	
	<b>80044680257</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>					
9-	<b>74896385</b>	<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-003-26 C</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
	<b>80044680257</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>					
10-00	<b>00660108</b>	<b>SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
	<b>81207919001</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>					
11-							
12-							

24 - Especificação do material
--------------------------------

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 03/01/2023 / Empresa / Titular: MARIA BORTOLAZZI PEREIRA
---

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