

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94148477 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 21/02/2024 16:10 | 5 - Senha 94148477 | 6 - Data de Validade da Senha 21/04/2024 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000040649400 | 8 - Validade da Carteira 25/12/2024 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

KATIA TOFFOLO SIMINO

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 JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 23237 | 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 27/02/2024 00:00 |
|--|--|---|

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação C | 24 - Regime de Internação 1 | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1 | 26 - Previsão de uso de OPME S | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

28 - Indicação Clínica

INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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 | 30729050 | ARTRODESE METATARSO - FALANGICA OU INTERFALANGICA - TRATAME | 2 | 2 |
| 2- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 |
| 3- [] | [] | [] | [] | [] |
| 4- [] | [] | [] | [] | [] |
| 5- [] | [] | [] | [] | [] |
| 6- [] | [] | [] | [] | [] |
| 7- [] | [] | [] | [] | [] |
| 8- [] | [] | [] | [] | [] |
| 9- [] | [] | [] | [] | [] |
| 10- [] | [] | [] | [] | [] |
| 11- [] | [] | [] | [] | [] |
| 12- [] | [] | [] | [] | [] |

Dados da autorização

| | | |
|---|---|--|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 | 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 21/02/2024 / Empresa / Titular: SIMINO E TOFFOLO REPRESENTACAO COMERCIAL E TREINAMENTOS EMPRESA RIAIS LTDA

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 94148477

| | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 94148477 | 4 - Senha 94148477 | 5 - Data da Autorização 21/02/2024 16:10 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94148477 |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|

Dados do Beneficiário

| | |
|--|------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000040649400 | 29 - Nome Social |
|--|------------------|

8 - Nome
KATIA TOFFOLO SIMINO

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|--|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO | 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 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 | | | | | |
| 1- 00 | 72246049 | SISTEMA DE MINI FRAGMENTOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU | 2 | | , | 2 | , |
| | 10247700093 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | |
| 2- | 72244542 | PARAFUSO PDR 3,0MM - 229-30-24 - PARAFUSO PDR 3,0X8,0X24 MM S | 2 | | , | 2 | , |
| | 10247700097 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | |
| 3- | | | | | , | | , |
| 4- | | | | | , | | , |
| 5- | | | | | , | | , |
| 6- | | | | | , | | , |

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/02/2024 / Empresa / Titular: SIMINO E TOFFOLO REPRESENTACAO COMERCIAL E TREINAMENTOS EMPRESARIAIS LTDA

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