

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90913112</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>19/04/2023 17:47</b>	5 - Senha <b>90913112</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>18/06/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000000749080</b>	8 - Validade da Carteira <b>01/06/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**SEVERINO NERI**

## 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>24/04/2023 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>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

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) <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>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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>3</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</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 19/04/2023 / Empresa / Titular: SEVERINO NERI

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>90913112</b>	4 - Senha <b>90913112</b>	5 - Data da Autorização <b>19/04/2023 17:47</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90913112</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000000749080</b>	29 - Nome Social
8 - Nome <b>SEVERINO NERI</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 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	23 - N° Autorização de Funcionamento						
1-	74903934	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-599	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680272		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _						
2-	74897888	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-020-11 C	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _						
3-	74895893	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-057-01 C	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _						
4-	74896385	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-003-26 C	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _						
5-	77120396	COMPONENTE FEMORAL PRECOAT COM RESTRICAO - 00-5990-034-01	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680274		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _						
6-	74904558	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-599	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
80044680272		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _						

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/04/2023 / Empresa / Titular: SEVERINO NERI

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>90913112</b>	4 - Senha <b>90913112</b>	5 - Data da Autorização <b>19/04/2023 17:47</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90913112</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000000749080</b>	29 - Nome Social
8 - Nome <b>SEVERINO NERI</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 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
7- 00	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_	3	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	3	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
8- 00	73991740	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5994-014-91	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680277		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
9- 00	74896873	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-010-11 C	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
10-00	00660108	SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
81207919001		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
11- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
12- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/04/2023 / Empresa / Titular: SEVERINO NERI

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