

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92227849
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 16/08/2023 16:17	5 - Senha 92227849	6 - Data de Validade da Senha 15/10/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001292644	8 - Validade da Carteira 20/08/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

VIRGINIA MARIA GONCALVES

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 JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28617	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 21/08/2023 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

REVALIDAÇÃO DA GUIA 91579036

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	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 16/08/2023 / Empresa / Titular: VIRGINIA MARIA GONCALVES

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92227849	4 - Senha 92227849	5 - Data da Autorização 16/08/2023 16:17	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92227849
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001292644	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

VIRGINIA MARIA GONCALVES

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
REVALIDAÇÃO DA GUIA 91579036
REVALIDAÇÃO DA GUIA 91579036

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
1- 00660108 81207919001		SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _				
2- 00 72397950 10243070064		CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_	2	_ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _				
3- 73991740 80044680277		COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5994-014-91	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _				
4- 74896873 80044680257		COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-010-11 C	_	2	_ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _				
5- 74946994 80044680317		PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-12 C	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _				
6- 74897888 80044680257		COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-020-11 C	_	2	_ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/08/2023 / Empresa / Titular: VIRGINIA MARIA GONCALVES

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92227849	4 - Senha 92227849	5 - Data da Autorização 16/08/2023 16:17	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92227849
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000001292644	29 - Nome Social

8 - Nome

VIRGINIA MARIA GONCALVES

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO		

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
REVALIDAÇÃO DA GUIA 91579036	
REVALIDAÇÃO DA GUIA 91579036	

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 Autorizada				
21 - Registro ANVISA do Material				22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento												
7-	77120396			COMPONENTE FEMORAL PRECOAT COM RESTRICAO - 00-5990-034-01			3						3					
80044680274				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA														
8-	74904558			INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-599			1						1					
80044680272				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA														
9-	74896466			COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C			1						1					
80044680257				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA														
10-	74896385			COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-003-26 C			2						2					
80044680257				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA														
11-																		
12-																		

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/08/2023 / Empresa / Titular: VIRGINIA MARIA GONCALVES

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