

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92505269
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 12/09/2023 16:41	5 - Senha 92505269	6 - Data de Validade da Senha 11/11/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000053715198	8 - Validade da Carteira 31/12/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

FELIPE PEDROSO DE ABREU

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 20/09/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3	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	30731151	TENORRAFIA NO TUNEL OSTEOFIBROSO ATE 2 DIGITOS	1	1
2- 22	30729173	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTEPE - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
3- 22	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT	1	1
4- 98	08011045	PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - APT	1	1
5- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1
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 3	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12
---	---	---

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 12/09/2023 /*****1 LAMINA MICROSERRA - material considerado instrumental - incluso em taxa / Empresa / Titular: A MCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS 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

92505269

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92505269	4 - Senha 92505269	5 - Data da Autorização 12/09/2023 16:41	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92505269
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000053715198	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome FELIPE PEDROSO DE ABREU
--

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 *****1 LAMINA MICROSERRA - material considerado instrumental - incluso em taxa
--

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- 00 10417940137	72466146	ANCORA COM APLICADOR DESCARTAVEL - 2831-027/ 39.44.04.00027 - ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1	1		1	
2- 00 10223680050	00193178	FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300080	<input type="checkbox"/> 1	1		1	
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/09/2023 /*****1 LAMINA MICROSERRA - material considerado instrumental - incluso em taxa / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBAL AGENS LTDA

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