

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94683620
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 08/04/2024 11:17	5 - Senha 94683620	6 - Data de Validade da Senha 11/06/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000076173526	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

EMANUELLE GOMES FERREIRA

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 ROBERTO GRANGE GASPARELLI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 32428	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 15/04/2024 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

RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO

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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
3- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
4- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 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 08/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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 94683620

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94683620	4 - Senha 94683620	5 - Data da Autorização 08/04/2024 11:17	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94683620
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0320000076173526	29 - Nome Social
8 - Nome EMANUELLE GOMES FERREIRA	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante ROBERTO GRANGE GASPARELLI	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	70627657	PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	_	1	_
	10208610040	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
2- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_	1	_
	80044680085	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
3- 00	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_	1	_
	80356130052	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
4- 00	78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_	3	_
	80044680449	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
5- _	_		_		_
_	_		_		_
6- _	_		_		_
_	_		_		_

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS		
---	--	--

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