

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95022830
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 07/05/2024 09:13	5 - Senha 95022830	6 - Data de Validade da Senha 06/07/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001912642	8 - Validade da Carteira 11/03/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

MARILUCIA DALL ROSS

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 DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19475	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 10/05/2024 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

RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR

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	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
3- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
4- 22	30735092	TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART	1	1
5- 98	08011960	PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - APT - UNIORTE	1	1
6- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	2	2
7- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
8- 	 	 	 	
9- 	 	 	 	
10- 	 	 	 	
11- 	 	 	 	
12- 	 	 	 	

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 07/05/2024 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular : SARQUIS JOSE SAMARA

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 95022830

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95022830	4 - Senha 95022830	5 - Data da Autorização 07/05/2024 09:13	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95022830
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001912642	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
MARILUCIA DALL ROSS

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR
RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR
Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar!

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- 00712639 80356130057		GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
2- 00151360 10216350077		EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)	1	1		1	
3- 00 00499293 80356130052		CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2	2		2	
4- 00 00116700 80743230025		CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
5- 00 00241202 80371250020		TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1		1	
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/05/2024 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular: SARQUIS JOSE SAMARA

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