

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94990444</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>03/05/2024 13:52</b>	5 - Senha <b>94990444</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>02/07/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000034776535</b>	8 - Validade da Carteira <b>17/09/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**ENZO EDUARDO FACHINELI**

## 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>10/05/2024 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>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30733103	INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET	1	1
2- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
3- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
4- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
5- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</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 03/05/2024 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA

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 94990444

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94990444	4 - Senha 94990444	5 - Data da Autorização 03/05/2024 13:52	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94990444
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000034776535	29 - Nome Social
8 - Nome ENZO EDUARDO FACHINELI	

Dados do Profissional Solicitante	
9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone
11 - E-mail	

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO	

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- 00		00499293		CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000		_	1	_ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _
80356130052				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _				

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

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/05/2024 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA	
---	--

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