



1 - Registro ANS 3 5 5 1 5 1		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2 5 6 5 0 5 6		
4 - Data da Autorização 2 3 / 1 1 / 2 0 2 3		5 - Senha 2 0 2 3 4 9 4 9 3 0		
6 - Data de Validade da Senha 3 0 / 1 1 2 / 2 0 2 3				
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 0 1 0 6 6 8 0 0 4		8 - Validade da Carteira 		
9 - Atendimento a RN N				
10 - Nome FRANCISCO DE PAULA RAMOS		11 - Cartão Nacional de Saúde 7 0 5 4 0 0 4 8 4 7 0 9 2 9 3		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora 4 1 0 5 8		13 - Nome do Contratado CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE		
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ		15 - Conselho Profissional 0 6		
16 - Número no Conselho 1 7 9 0 5		17 - UF P R		
18 - Código CBO 2 2 5 2 7 0				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ 4 1 0 5 8		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE		
21 - Data sugerida para internação 2 7 / 1 1 / 2 0 2 3				
22 - Caráter do Atendimento 1		23 - Tipo de Internação 2		
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 DOR + LIMITAÇÃO PARA ATIVIDADES, SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO.				
29 - CID 10 Principal (Opcional) M 2 3 2		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 ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
4 - 1 1 8	6 0 0 3 4 0 6 8	DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD	1	1
5 - 1 1 9	7 8 4 1 0 5 9 2	LÂMINA PARA SHAVER SETORMED	2	2
6 - 1 1 9	7 8 2 0 1 1 1 0	Ponteiras de Radiofrequência Para Cirurgia	1	1
2 - 2 2	3 0 7 3 3 0 4 9	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia # - procedimento videoartroscópico de joelho	1	1
3 - 2 2	3 0 7 3 3 1 0 3	Instabilidade femoro-patelar, release lateral da patela, retencionamento, reforço ou reconstrução do ligamento	1	1
1 - 2 2	3 0 7 3 3 0 6 5	Reparo ou sutura de um menisco - procedimento videoartroscópico de joelho	1	1
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				
Dados da Autorização				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 		40 - Qtde. Diárias Autorizadas 1		41 - Tipo da Acomodação Autorizada 1 3
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 4 1 0 5 8		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE		44 - Código CNEs 6 5 2 8 1 0 4
45 - Observação / Justificativa 30733049 - Autorizado, 30733065 - Autorizado, 30733103 - Autorizado, 60034068 - Autorizado, 78201110 - Autorizado, 78410592 - Autorizado				
46 - Data da Solicitação 2 3 / 1 1 / 2 0 2 3		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 2565056

1 - Registro ANS 131511111111	3 - Número da Guia Referenciada 121516151015161	4 - Senha 121012131419141913101	5 - Data da Autorização 1213111111121012131	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 121516151015161
----------------------------------	--	------------------------------------	--	--

7 - Número da Carteira 10111016181010141	8 - Nome FRANCISCO DE PAULA RAMOS
---	--------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone 43 3370900	11 - E-mail internacao@uniorfe.com.br
--	-----------------------------	--

Dados da Cirurgia 12 - Justificativa Técnica DOR + LIMITAÇÃO PARA ATIVIDADES, SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO.

OPME Solicitadas									
13 - Tabula	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtda. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtda. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Material	22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento							
1 - 11181 17181411101519121	LAMINA PARA SHAVER SETORMED	111	211	15110110101	121	15110110101	111		
18101717171218101010161	Ponteiros de Radiofrequencia Para Cirurgia	111	111	111121010110101	111	111121010110101	111		
2 - 11181 17181210111111101									
3 - 111									
4 - 111									
5 - 111									
6 - 111									
24 - Especificação do Material									
02 - LAMINAS DE SHAVER PARTES MOLES E OSSEA									
01 - RADIOFREQUENCIA									

24 - Especificação do Material
02 - LAMINAS DE SHAVER PARTES MOLES E OSSEA
01 - RADIOFREQUENCIA

25 - Observação / Justificativa
30733049 - Autorizado, 30733065 - Autorizado, 30733103 - Autorizado, 60034068 - Autorizado, 78201110 - Autorizado, 78410592 - Autorizado

26 - Data da Solicitação 1213111111121012131	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---



1 - Registro ANS

355151

3 - Data da Autorização

4 - Senha

5 - Data Validade da Senha

6 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

010668004

8 - Plano

PROSAÚDE

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Francisco de Paula Romão

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

13 - Nome do Contratado

União

14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM/PR 17905

16 - Conselho Profissional

CRM

17 - Número no Conselho

A905

18 - UF

19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ

21 - Nome do Prestador

22 - Caráter da Internação

☐ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

23 - Tipo de Internação

☐ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação

☐ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Indicação Clínica

Dor + limitação p/ AND S/
melhor c/ 1to Clime

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença

☐ A - Aguda ☐ C - Crônica

28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias

29 - Indicação de Acidente

☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros

30 - CID 10 Principal

M23.2

31 - CID 10 (2)

32 - CID 10 (3)

33 - CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela 35 - Código do Procedimento

36 - Descrição

37 - Qtde. Solic 38 - Qtde. Aut

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1-	30733065	Vinco p/ preensão		
2-	30733049	Vinco p/ osteocondral		
3-	30733103	Vinco p/ proger patellar (versão)		
4-		tx vinco		
5-				

OPM Solicitados

39 - Tabela 40 - Código do OPM

41 - Descrição OPM

42 - Qtde. 43 - Fabricante

44 - Valor Unitário R\$

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-		Carro shaver p/ muletas			
2-		homens para prosser			
3-		Rodado preferencial			
4-					
5-					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar

46 - Qtde. Diárias Autorizadas

47 - Tipo da Acomodação Autorizada

48 - Código na Operadora / CNPJ

49 - Nome do Prestador autorizado

50 - Código CNES

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM/PR 17905

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização