

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94088617 |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|

| | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização 16/02/2024 11:19 | 5 - Senha 94088617 | 6 - Data de Validade da Senha 16/04/2024 |
|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000035855951 | 8 - Validade da Carteira 10/06/2025 | 9 - Atendimento de RN N |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

LUCAS HENRIQUE MESSAGI DUARTE

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 ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 17905 | 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 25/02/2024 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

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 | 30733065 | REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30733030 | CONDRPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO | 1 | 1 |
| 3- 98 | 08011081 | PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF | 1 | 1 |
| 4- 18 | 60024151 | ALUGUELTA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 5- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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 16/02/2024 / Empresa / Titular: CONELUB INDUSTRIA METALURGICA EIRELI

| | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 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 94088617

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 94088617 | 4 - Senha 94088617 | 5 - Data da Autorização 16/02/2024 11:19 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94088617 |
|----------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

| | |
|--------------------------------------------|------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000035855951 | 29 - Nome Social |
|--------------------------------------------|------------------|

8 - Nome
LUCAS HENRIQUE MESSAGI DUARTE

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO

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 | | | | | |
| 1- 00 | 00499293 | CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 | | 1 | | 1 | |
| 80356130052 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | |
| 2- 00 | 00116700 | CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 | | 1 | | 1 | |
| 80743230025 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | |
| 3- | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | |

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/02/2024 / Empresa / Titular: CONELUB INDUSTRIA METALURGICA EIRELI

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