

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94950730
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 30/04/2024 09:03	5 - Senha 94950730	6 - Data de Validade da Senha 29/06/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001051531	8 - Validade da Carteira 28/04/2026	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

JOSE CAETANO DA SILVA

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 05/05/2024 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

ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES

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	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	3	3
3- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
4- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
5- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
6- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
7- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
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 30/04/2024 / Empresa / Titular: ATAIDE DENIR DA SILVA

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 94950730

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94950730	4 - Senha 94950730	5 - Data da Autorização 30/04/2024 09:03	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94950730
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001051531	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
JOSE CAETANO DA SILVA

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES

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 - Nº Autorização de Funcionamento				
1-	74896717	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C		1		1	
	80044680257	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2-	74904590	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596		1		1	
	80044680272	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 00	73991953	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52		1		1	
	80044680277	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4- 00	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C		2		2	
	10243070064	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/04/2024 / Empresa / Titular: ATAIDE DENIR DA SILVA

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