

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91993003
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 26/07/2023 14:33	5 - Senha 91993003	6 - Data de Validade da Senha 02/10/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000001803210	8 - Validade da Carteira 30/06/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

VALFRIDO SILVA DE OLIVEIRA

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 CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 22343	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 31/07/2023 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	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	2	2
2- 22	30729181	HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO	2	2
3- 22	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT	2	2
4- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
5- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	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 26/07/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME BROCAS CIRURGICAS STRYKER- pois trata-se de material para tecnica Minimamente Invasiva/ Percutanea. De acordo com o Art. 12. da RESOLUCAO NORMATIVA - RN N 465, \Os procedimentos realizados por navegacao, escopias e tecnicas minimamente invasivas/ percutanea somente terao cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentacao contratada Parecer desfavoravel ao material fresa shannon pois trata-se de material para tecnica Minimamente Invasiva/ Percutanea.

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 91993003	4 - Senha 91993003	5 - Data da Autorização 26/07/2023 14:33	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91993003
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000001803210	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

VALFRIDO SILVA DE OLIVEIRA

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME BROCAS CIRURGICAS STRYKER- pois trata-se de material para tecnica Minimamente Invasica/ Percutanea. De acordo com o Art. 12. da RESOLUC AO NORMATIVA - RN N 465, \Os procedimentos realizados por navegacao, escopias e tecnicas minimamente invasivas/ percutanea somente terao cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentacao contratada Parecer desfavoravel ao material fresa shannon pois trata-se de material para tecnica Minimamente Invasica/ Percutanea. De acordo com o Art. 12. da RESOLUCcontratada - caso nao concorde justificar em guia complementar.

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- 75607298 81118460005		PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
2- 00 10223680050	00193178	FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300080	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/07/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME BROCAS CIRURGICAS STRYKER- pois trata-se de material para tecnica Minimamente Invasica/ Percutanea. De acordo com o Art. 12. da RESOLUCAO NORMATIVA - RN N 465, \Os procedimentos realizados por navegacao, escopias e tecnicas minimamente invasivas/ percutanea somente terao cobertura assegurada quando a ssim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentacao contratada Parecer desfavoravel ao material fresa shannon pois trata-se de material para tecnica Minimamentessim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentacao contratada - caso nao concorde justificar em guia complementar. / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização