

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93736545</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>15/01/2024 11:10</b>	5 - Senha <b>93736545</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>15/03/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000000601201</b>	8 - Validade da Carteira <b>23/09/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**SAULO DA SILVA FERRAZ**

## 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>17/01/2024 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>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

28 - Indicação Clínica

INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 93239991

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- <b>22</b>	<b>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
3- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
4- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
5- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
6- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
7- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
8- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
9- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
10- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
11- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
12- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>3</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</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 15/01/2024 / Empresa / Titular: SAULO DA SILVA FERRAZ

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>93736545</b>	4 - Senha <b>93736545</b>	5 - Data da Autorização <b>15/01/2024 11:10</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93736545</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000000601201</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome
<b>SAULO DA SILVA FERRAZ</b>

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

### Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO - REVALIDAR A GUIA 93239991
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 93239991

## 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 80044680257	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
2- 73991953 80044680277	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
3- 00 74904590 80044680272	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _
4- 00 72397950 10243070064	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _
5-  _ _   _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
6-  _ _   _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/01/2024 / Empresa / Titular: SAULO DA SILVA FERRAZ

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