

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91829104
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 11/07/2023 13:45	5 - Senha 91829104	6 - Data de Validade da Senha 09/09/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000004358751	8 - Validade da Carteira 29/07/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

MARIA APARECIDA NEGRO ANDRADE

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 20/07/2023 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

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	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	3	3
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	3	3
4- <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"/>
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 3	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 11/07/2023 / Empresa / Titular: GUARIDO & OLIVEIRA CONSULTORIA DE BENEFICIOS S/S LTDA

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 91829104	4 - Senha 91829104	5 - Data da Autorização 11/07/2023 13:45	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91829104
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000004358751	29 - Nome Social

8 - Nome	MARIA APARECIDA NEGRO ANDRADE
----------	-------------------------------

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	23 - Nº Autorização de Funcionamento						
1-	75999080	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595	_	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _		
80044680258		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _				
2-	74907735	COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO	_	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _		
80044680276		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _				
3-	76362205	COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C	_	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _		
80175510047		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 11/07/2023 / Empresa / Titular: GUARIDO & OLIVEIRA CONSULTORIA DE BENEFICIOS S/S LTDA

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