

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93306462 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 27/11/2023 14:10 | 5 - Senha 93306462 | 6 - Data de Validade da Senha 30/01/2024 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 1170000002170009 | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN N |
|---|--------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

GABRIEL ALAVER PRINDE SANTOS

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 MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 24650 | 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 30/11/2023 00:00 |
|--|--|---|

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação C | 24 - Regime de Internação 1 | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2 | 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 | 30724058 | ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA | 1 | 1 |
| 2- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 2 | 2 |
| 3- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 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 2 | 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 27/11/2023 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 93306462 | 4 - Senha 93306462 | 5 - Data da Autorização 27/11/2023 14:10 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93306462 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

| | |
|---|------------------|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 1170000002170009 | 29 - Nome Social |

| |
|-------------------------------------|
| 8 - Nome |
| GABRIEL ALAVER PRINDE SANTOS |

| Dados do Profissional Solicitante | | |
|--|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI | 10 - Telefone | 11 - E-mail |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Dados da cirurgia | | | |
| 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO | | | |

| 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- | 74004379 | CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02 | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | 80044680330 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | |
| 2- 00 | 73987255 | ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | 80044680259 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | |
| 3- | 73999016 | HASTES FEMORAIS NAO CIMENTADA - 00-7711-009-00 | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | 80044680304 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | |
| 4- | 71802398 | ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC | _ | 2 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 2 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | 80023450092 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | |
| 5- | 74900994 | CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | 80044680269 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | |
| 6- _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _ | _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | |

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/11/2023 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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