

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95738104</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>08/07/2024 17:29</b>	5 - Senha <b>95738104</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>06/09/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000035735301</b>	8 - Validade da Carteira <b>20/08/2026</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**MARCOS FELIPE TRIDA CAMPOS**

## 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>GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>30165</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>22/07/2024 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>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

RUPTURA DO LCA LAL CONDROPLASTIA JOELHO DIREITO

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- 22	30726190	LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR	1	1
2- 22	30733030	CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO	1	1
3- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
4- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</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 08/07/2024 / Empresa / Titular: ORAL SIN FRANQUIAS LTDA ME

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 95738104

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95738104	4 - Senha 95738104	5 - Data da Autorização 08/07/2024 17:29	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95738104
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000035735301	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
MARCOS FELIPE TRIDA CAMPOS

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
RUPTURA DO LCA + LAL + CONDROPLASTIA JOELHO DIREITO  
RUPTURA DO LCA LAL CONDROPLASTIA JOELHO DIREITO

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					
1-	100066879	CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-		1		1	
	81288540024	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00	72320907	DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -		1		1	
	80044680067	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB		2		2	
	80044680085	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/07/2024 / Empresa / Titular: ORAL SIN FRANQUIAS LTDA ME

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