

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92971081
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 25/10/2023 16:59	5 - Senha 92971081	6 - Data de Validade da Senha 29/12/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000017129926	8 - Validade da Carteira 31/01/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ARLINDO HERRERO

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 26/10/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 2	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	30710049	RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACO	1	1
2- 22	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
3- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	3	3
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 25/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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 **92971081**

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92971081	4 - Senha 92971081	5 - Data da Autorização 25/10/2023 16:59	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92971081
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 9750000017129926	29 - Nome Social
8 - Nome ARLINDO HERRERO	

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
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	3	3	
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2- 73991740		COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5994-014-91	1	1	
80044680277		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
3- 74896873		COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-010-11 C	2	2	
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
4- 74946994		PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-12 C	1	1	
80044680317		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
5- 74897888		COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-020-11 C	2	2	
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
6- 74895893		COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-057-01 C	1	1	
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92971081	4 - Senha 92971081	5 - Data da Autorização 25/10/2023 16:59	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92971081
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 9750000017129926	29 - Nome Social

8 - Nome	ARLINDO HERRERO
----------	-----------------

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 CLÍNICA EM ANEXO	
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO	

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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