

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93802804</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>19/01/2024 17:27</b>	5 - Senha <b>93802804</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>19/03/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001156767</b>	8 - Validade da Carteira <b>30/07/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**NILSON DE MARI**

## 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>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28617</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>29/01/2024 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

ARTROSE DE JOELHO DIREITO COM VARO ACENTUADO

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>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</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>12</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 19/01/2024 / Empresa / Titular: DENISE GAVETTI DE MARI

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>93802804</b>	4 - Senha <b>93802804</b>	5 - Data da Autorização <b>19/01/2024 17:27</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93802804</b>
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira <b>0050000001156767</b>		29 - Nome Social		
8 - Nome <b>NILSON DE MARI</b>				
Dados do Profissional Solicitante				
9 - Nome do profissional solicitante <b>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>		10 - Telefone		11 - E-mail
Dados da cirurgia				
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO DIREITO COM VARO ACENTUADO ARTROSE DE JOELHO DIREITO COM VARO ACENTUADO				
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- <b>00</b> <b>80044680277</b>	<b>73990930</b>	<b>COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>1</b> <input type="checkbox"/>
2- <b>00</b> <b>10243070062</b>	<b>72397888</b>	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>1</b> <input type="checkbox"/>
3- <b>74906119</b> <b>80044680276</b>		<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>1</b> <input type="checkbox"/>
4- <b>74902318</b> <b>80044680272</b>		<b>INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>1</b> <input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Especificação do Material				
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/01/2024 / Empresa / Titular: DENISE GAVETTI DE MARI				
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização