

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94206359 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 27/02/2024 08:58 | 5 - Senha 94206359 | 6 - Data de Validade da Senha 27/04/2024 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000003807811 | 8 - Validade da Carteira 28/11/2025 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

MARIA CRISTINA MAIA MENDES

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 CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 22343 | 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 02/03/2024 00:00 |
|--|--|---|

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação C | 24 - Regime de Internação 1 | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1 | 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 | 30731216 | TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO | 2 | 2 |
| 2- 22 | 30729181 | HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO | 2 | 2 |
| 3- 22 | 30729203 | OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT | 8 | 8 |
| 4- 18 | 60000384 | DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA | 1 | 1 |
| 5- 18 | 60000554 | DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES | 1 | 1 |
| 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 1 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 |
|---|---|---|

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| 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 27/02/2024 / Empresa / Titular: MARIA CRISTINA MAIA MENDES

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 94206359

| | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 94206359 | 4 - Senha 94206359 | 5 - Data da Autorização 27/02/2024 08:58 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94206359 |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|

Dados do Beneficiário

| | |
|--|------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000003807811 | 29 - Nome Social |
|--|------------------|

8 - Nome
MARIA CRISTINA MAIA MENDES

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS | 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 | | | | | |
| 1- 00 | 78611920 | PARAFUSOS OMEGATECH BISELADOS TECHIMPORT - TI014.1030.034- | 4 | | , | 4 | , |
| | 81118460046 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | |
| 2- 00 | 00193178 | FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300080 | 2 | | , | 2 | , |
| | 10223680050 | | | | | | |
| 3- | | | | | , | | , |
| | | | | | | | |
| 4- | | | | | , | | , |
| | | | | | | | |
| 5- | | | | | , | | , |
| | | | | | | | |
| 6- | | | | | , | | , |
| | | | | | | | |

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/02/2024 / Empresa / Titular: MARIA CRISTINA MAIA MENDES

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