

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95216792
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 22/05/2024 13:33	5 - Senha 95216792	6 - Data de Validade da Senha 05/08/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000074010018	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

SOLANGE APARECIDA DE OLIVEIRA

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 30/05/2024 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

HALLUX VALGUS UM PE

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	1	1
2- 22	30729181	HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
3- 22	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT	4	4
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
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 1	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 22/05/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO OPME BROCAS CIRURGICAS STRYKER - Apos reanálise do processo, procedimentos autorizados da forma convencional, pois de acordo com a rotulagem, e utilizado para realizar os eventos pela técnica minimamente invasiva, cuja cobertura esta expressamente excluída do Rol, segundo PARECER TECNICO PARECER TECNICO N 34/GEAS/GGRAS/DIPR O/2021, emitido pela Agencia Nacional de Saude Suplementar (ANS). / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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 95216792

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95216792	4 - Senha 95216792	5 - Data da Autorização 22/05/2024 13:33	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95216792
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0320000074010018	29 - Nome Social
8 - Nome SOLANGE APARECIDA DE OLIVEIRA	

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 HALLUX VALGUS (UM PE) HALLUX VALGUS UM PE AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO OPME BROCAS CIRURGICAS STRYKER - Apos reanalise do processo, procedimentos autorizados da forma convencional, pois de acordo com a rotulagem, e utilizado para realizar os eventos pela tecnica minimamente invasiva, cuja cobertura esta expressamente excluida do Rol, segundo PARECER TECNICO PARECER TECNICO N 34/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021, emitido pela Agencia Nacional de Saude Suplementar (ANS).	

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		23 - N° Autorização de Funcionamento					
1- 00		75607522		PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F		_	2	_ _			

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/05/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO OPME BROCAS CIRURGICAS STRYKER - Apos reanalise do processo, procedimentos autori zados da forma convencional, pois de acordo com a rotulagem, e utilizado para realizar os eventos pela tecnica minimamente invasiva, cuja cobertura esta expressamente excluida do Rol, segundo PARECER TECNICO PARECER TECNICO N 34/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021, emitido pela Agencia Nacional de Saude Suplementar (ANS). / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS
--

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