

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95026220 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 07/05/2024 11:06 | 5 - Senha 95026220 | 6 - Data de Validade da Senha 06/07/2024 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000061442324 | 8 - Validade da Carteira 30/10/2025 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

JEFFERSON COSTA HERNANDEZ

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 DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 19475 | 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 10/05/2024 00:00 |
|--|--|---|

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 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

RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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 | 30735033 | ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30735068 | RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP | 1 | 1 |
| 3- 22 | 30735084 | RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC | 1 | 1 |
| 4- 22 | 30735092 | TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART | 1 | 1 |
| 5- 98 | 08011961 | PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENF - UNIORTE | 1 | 1 |
| 6- 18 | 60000384 | DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA | 2 | 2 |
| 7- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 2 | 2 |
| 8- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 9- | | | | |
| 10- | | | | |
| 11- | | | | |
| 12- | | | | |

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 07/05/2024 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 95026220

| | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 95026220 | 4 - Senha 95026220 | 5 - Data da Autorização 07/05/2024 11:06 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95026220 |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|

Dados do Beneficiário

| | |
|--|------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000061442324 | 29 - Nome Social |
|--|------------------|

8 - Nome
JEFFERSON COSTA HERNANDEZ

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|--|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|--|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR
RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR

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- 80356130057 | 00712639 | GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 1 | 1 | | 1 | |
| 2- 10247700123 | 00 76221474 | ANCORA EM PEEK COM INSEROR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 1 | 1 | | 1 | |
| 3- 10216350077 | 00 00151360 | EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C) | 1 | 1 | | 1 | |
| 4- 80044680086 | 00 71502718 | ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 3 | 3 | | 3 | |
| 5- 80356130052 | 00 00499293 | CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 2 | 2 | | 2 | |
| 6- 80743230025 | 00 00116700 | CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 1 | 1 | | 1 | |

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/05/2024 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL

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

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização