

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>94950664</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br><b>30/04/2024 08:59</b> | 5 - Senha<br><b>94950664</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>07/07/2024</b> |
|--|------------------------------|--|

## Dados do Beneficiário

|   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>9700032001481752</b> | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---|--------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

**MARLENE COELHO CAVICCHIOLI TATEYAMA**

## Dados do Contratado Solicitante

|   |   |
|---|---|
| 12 - Código na Operadora<br><b>10.246.214/0001-04</b> | 13 - Nome do Contratado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> |
|---|---|

|   |   |   |                      |                                  |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b> | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 16 - Número do Conselho<br><b>17905</b> | 17 - UF<br><b>41</b> | 18 - Código CBO<br><b>225270</b> |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

|  |  |   |
|--|--|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>10.246.214/0001-04</b> | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>05/05/2024 00:00</b> |
|--|--|---|

|   |                                     |                                       |  |  |  |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 23 - Tipo de Internação<br><b>C</b> | 24 - Regime de Internação<br><b>1</b> | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>3</b> | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>S</b> | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br><b>N</b> |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

28 - Indicação Clínica

ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES

|                                  |                           |                           |                           |   |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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)<br><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>60000384</b>             | <b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>                 | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |
| 3- <b>18</b>                 | <b>60000805</b>             | <b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b> | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |
| 4- <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>    |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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<br><b>1</b> | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>1</b> |
|---|---|--|

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br><b>10.246.214/0001-04</b> | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b> |
|---|--|------------------------------------|

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO P  
AULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS

|                          |   |  |   |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 94950664

|                            |   |                       |   |   |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|
| 1 - Registro ANS<br>343269 | 3 - Número da Guia Referenciada<br>94950664 | 4 - Senha<br>94950664 | 5 - Data da Autorização<br>30/04/2024 08:59 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br>94950664 |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|

|   |                  |
|---|------------------|
| Dados do Beneficiário                           |                  |
| 7 - Número da Carteira<br>9700032001481752      | 29 - Nome Social |
| 8 - Nome<br>MARLENE COELHO CAVICCHIOLI TATEYAMA |                  |

|   |               |             |
|---|---------------|-------------|
| Dados do Profissional Solicitante                                     |               |             |
| 9 - Nome do profissional solicitante<br>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ | 10 - Telefone | 11 - E-mail |

|  |  |
|--|--|
| Dados da cirurgia  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES<br>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES<br>AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM |  |

| 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- 80044680257                   | 74896466                | COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C   | 1                                    | 1                     |                                |
|                                  |                         | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                   |                                      |                       |                                |
| 2- 80044680317                   | 74951955                | PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-12 C | 1                                    | 1                     |                                |
|                                  |                         | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                   |                                      |                       |                                |
| 3- 80044680277                   | 73990930                | COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01       | 1                                    | 1                     |                                |
|                                  |                         | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                   |                                      |                       |                                |
| 4- 10243070064                   | 72397950                | CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C        | 2                                    | 2                     |                                |
|                                  |                         | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                   |                                      |                       |                                |
| 5-                               |                         |  |                                      |                       |                                |
|                                  |                         |  |                                      |                       |                                |
| 6-                               |                         |  |                                      |                       |                                |
|                                  |                         |  |                                      |                       |                                |

|                                |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do Material |
|--------------------------------|

|   |  |  |
|---|--|--|
| 25 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS |  |  |
|---|--|--|

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