

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94637127</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>03/04/2024 16:55</b>	5 - Senha <b>94637127</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>02/06/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000059877033</b>	8 - Validade da Carteira <b>01/12/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome  
**NATHAN MUQUIUTI HASS**

## 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>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28806</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>20/04/2024 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>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>N</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica  
**INSTABILIDADE LATERAL DE TORNOZELO**

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>30734053</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>98</b>	<b>08011981</b>	<b>PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</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 <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</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 03/04/2024 / Empresa / Titular: TATA CONSULTANCY SERVICES DO BRASIL LTDA

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 94637127

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94637127	4 - Senha 94637127	5 - Data da Autorização 03/04/2024 16:55	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94637127
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000059877033	29 - Nome Social
8 - Nome NATHAN MUQUIUTI HASS	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica INSTABILIDADE LATERAL DE TORNOZELO INSTABILIDADE LATERAL DE TORNOZELO	

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- 00	00499218	CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,4X4,5MM 891630000	_	1	_
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
2-	71699392	ANCORA DE SUTURA ORTOPEDICA ANCORTEC - 103.00850 ANCORTE	_	2	_
10208610066		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
3-	76221474	ANCORA EM PEEK COM INSERSOR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO	_	2	_
10247700123		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
4-  _	_		_	_	_
_	_	_	_	_	_
5-  _	_		_	_	_
_	_	_	_	_	_
6-  _	_		_	_	_
_	_	_	_	_	_

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

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/04/2024 / Empresa / Titular: TATA CONSULTANCY SERVICES DO BRASIL LTDA	
---	--

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