

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>91579036</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>19/06/2023 18:07</b>	5 - Senha <b>91579036</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>18/08/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001292644</b>	8 - Validade da Carteira <b>20/08/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**VIRGINIA MARIA GONCALVES**

## 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>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28617</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>03/07/2023 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>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

ARTROSE GRAVE DE JEOLHO COM VALGO DORES POT DE FRATURA DE BIA A DIREITO

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>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30710022</b>	<b>RETIRADA DE FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-O</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
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>2</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 19/06/2023 / Empresa / Titular: VIRGINIA MARIA GONCALVES

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>91579036</b>	4 - Senha <b>91579036</b>	5 - Data da Autorização <b>19/06/2023 18:07</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>91579036</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001292644</b>	29 - Nome Social
---	------------------

## 8 - Nome

**VIRGINIA MARIA GONCALVES**

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

## 12 - Justificativa técnica

ARTROSE GRAVE DE JEOLHO COM VALGO + DORES - POT DE FRATURA DE BIA A DIREITO  
ARTROSE GRAVE DE JEOLHO COM VALGO DORES POT DE FRATURA DE BIA A DIREITO

## 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- <b>80044680317</b>	<b>74946994</b>	<b>PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-12 C</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_    1	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _
2- <b>80044680257</b>	<b>74897888</b>	<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-020-11 C</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_    2	2	_ _ _ _ , _ _	2	_ _ _ _ , _ _
3- <b>80044680274</b>	<b>77120396</b>	<b>COMPONENTE FEMORAL PRECOAT COM RESTRICAO - 00-5990-034-01</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_    3	3	_ _ _ _ , _ _	3	_ _ _ _ , _ _
4- <b>80044680272</b>	<b>74904558</b>	<b>INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-599</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_    1	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _
5- <b>80044680257</b>	<b>74896466</b>	<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_    1	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _
6- <b>80044680257</b>	<b>74896385</b>	<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-003-26 C</b> <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	_    2	2	_ _ _ _ , _ _	2	_ _ _ _ , _ _

## 24 - Especificação do Material

## 25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/06/2023 / Empresa / Titular: VIRGINIA MARIA GONCALVES

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>91579036</b>	4 - Senha <b>91579036</b>	5 - Data da Autorização <b>19/06/2023 18:07</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>91579036</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000001292644</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	VIRGINIA MARIA GONCALVES
----------	--------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail
<b>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>		

Dados da cirurgia
12 - Justificativa técnica ARTROSE GRAVE DE JEOLHO COM VALGO + DORES - POT DE FRATURA DE BIA A DIREITO ARTROSE GRAVE DE JEOLHO COM VALGO DORES POT DE FRATURA DE BIA A DIREITO

[illegible]

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/06/2023 / Empresa / Titular: VIRGINIA MARIA GONCALVES

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