



1 - Registro ANS

|3|5|5|1|5|1|

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

|2|7|4|9|4|5|7|

4 - Data da Autorização

|0|9|/|0|4|/|2|0|2|4|

5 - Senha

|2|0|2|4|2|1|5|3|9|4|

6 - Data de Validade da Senha

|2|7|/|0|5|/|2|0|2|4|

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

|0|2|3|6|2|6|0|0|7|

8 - Validade da Carteira

| | | | | | | |

9 - Atendimento a RN

|N|

10 - Nome

EDISON FERREIRA BANDEIRA

11 - Cartão Nacional de Saúde

|7|0|0|5|0|3|3|9|0|7|1|0|3|5|3|

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

|4|1|0|5|8|

13 - Nome do Contratado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

14 - Nome do Profissional Solicitante

ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ

15 - Conselho Profissional

|0|6|

16 - Número no Conselho

|1|7|9|0|5|

17 - UF

|P|R|

18 - Código CBO

|2|2|5|2|7|0|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

|4|1|0|5|8|

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

21 - Data sugerida para internação

|1|0|/|0|4|/|2|0|2|4|

22 - Caráter do Atendimento

|1|

23 - Tipo de Internação

|2|

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

DOR + INCAPACIDADE FUNCIONAL SEM MELHORA CLINICA

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 ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
2 - 2 2	3 0 7 3 3 0 4 9	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia # - procedimento videartroscópico de joelho	1	1
3 - 1 8	6 0 0 3 4 0 6 8	DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD	1	1
4 - 1 9	7 8 4 1 0 5 9 2	LÂMINA PARA SHAVER SETORMED	1	1
5 - 1 9	7 8 2 0 1 1 1 1 0	Ponteiras de Radiofrequencia Para Cirurgia	1	1
1 - 2 2	3 0 7 3 3 0 6 5	Reparo ou sutura de um menisco - procedimento videartroscópico de joelho	1	1
6 -				
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

| | | | | | | |

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

|1| | |

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

|1|3|

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

|4|1|0|5|8|

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

44 - Código CNES

|6|5|2|8|1|0|4|

45 - Observação / Justificativa

30733049 - Favorável conforme documentos anexados do paciente. Condicionado a análise de auditoria de contas.,30733065 - Favorável conforme documentos anexados do paciente. Condicionado a análise de auditoria de contas.,60034068 - Favorável conforme documentos anexados do paciente. Condicionado a análise de auditoria de contas.,78201110 - Favorável conforme documentos anexados do paciente. Condicionado a análise de auditoria de contas.,78410592 - Favorável conforme documentos anexados do paciente. Condicionado a análise de auditoria de contas.

46 - Data da Solicitação

|0|9|/|0|4|/|2|0|2|4|

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 - N° Guia no Prestador 2749457

1 - Registro ANS 13.515.115.11	3 - Número da Guia Referenciada 121749457	4 - Senha 121012421153194	5 - Data da Autorização 10/9/104/1210241	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 121749457
-----------------------------------	--	------------------------------	---	--

Dados do Beneficiário	7 - Número da Carteira 10123612610107	8 - Nome EDISON FERREIRA BANDEIRA
-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante	9 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone 4333720900	11 - E-mail internacao@uniorle.com.br
-----------------------------------	---	-----------------------------	--

Dados da Cirurgia	12 - Justificativa Técnica DOR + INCAPACIDADE FUNCIONAL SEM MELHORA CLINICA
-------------------	--

OPME Solicitadas									
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtd. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtd. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento					
1-1181	1781411101519121	LÂMINA PARA SHAVER SETORMED	11	1111	151101.10101	1111	151101.10101	1111	
18101717171218101010161									
2-1181	1781210111111101	Ponteiros de Radiofrequência Para Cirurgia	11	1111	111210101.10101	1111	111210101.10101	1111	
111111111111111111111111			11	1111	1111111111111111	1111	1111111111111111	1111	
3-111	111111111111111111		11	1111	1111111111111111	1111	1111111111111111	1111	
111111111111111111111111			11	1111	1111111111111111	1111	1111111111111111	1111	
4-111	111111111111111111		11	1111	1111111111111111	1111	1111111111111111	1111	
111111111111111111111111			11	1111	1111111111111111	1111	1111111111111111	1111	
5-111	111111111111111111		11	1111	1111111111111111	1111	1111111111111111	1111	
111111111111111111111111			11	1111	1111111111111111	1111	1111111111111111	1111	
6-111	111111111111111111		11	1111	1111111111111111	1111	1111111111111111	1111	
111111111111111111111111			11	1111	1111111111111111	1111	1111111111111111	1111	
24 - Especificação do Material									

24 - Especificação do Material
FAVOR LIBERAR CONFORME PEDIDO EM ANEXO

25 - Observação / Justificativa OPME SOLICITADO: 1 LÂMINA SHAVER + 1 RADIOFREQUENCIA - FORNECEDOR ARTHROM 30733048 - Favorável conforme documentos anexados do paciente. Condiicionado a análise de auditoria de contas.,60034068 - Favorável conforme documentos anexados do paciente. Condiicionado a análise de auditoria de contas.,78201110 - Favorável conforme documentos anexados do paciente. Condiicionado a análise de auditoria de contas.,78410582 - Favorável conforme documentos anexados do paciente. Condiicionado a análise de auditoria de contas.
--

26 - Data da Solicitação 10/9/104/1210241	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---