



1 - Registro ANS

135511511

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

122311131

4 - Data da Autorização

129/103/12023

5 - Senha

120231107823

6 - Data de Validade da Senha

111/105/12023

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

1051126005

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

N

10 - Nome

MARIO LUCIO OLIVEIRA

11 - Cartão Nacional de Saúde

1898000519105437

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

41058

13 - Nome do Contratado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

14 - Nome do Profissional Solicitante

ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ

15 - Conselho
Profissional

106

16 - Número no Conselho

117905

17 - UF

PIR

18 - Código CBO

2252710

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

41058

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

21 - Data sugerida para internação

131/103/12023

22 - Caráter do Atendimento

1

23 - Tipo de Internação

2

24 - Regime de Internação

2

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

1

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

N

28 - Indicação Clínica

DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL JOELHO ESQUERDO. SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M232

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

19

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
1 - 122	1307331065	Reparo ou sutura de um menisco - procedimento videartroscópico de joelho	11	11
2 - 122	1307331049	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia # - procedimento videartroscópico de joelho	11	11
3 - 118	1600001155	DIÁRIA COMPACTA DE HOSPITAL DIA APARTAMENTO	11	11
4 - 119	1784110592	LÂMINA PARA SHAVER SETORMED	11	11
5 - 119	1782011110	Ponteiros de Radiofrequência Para Cirurgia	11	11
6 - 111			11	11
7 - 111			11	11
8 - 111			11	11
9 - 111			11	11
10 - 111			11	11
11 - 111			11	11
12 - 111			11	11

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

11

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

113

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

41058

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

CENTRO DE ORTOPEDIA UNIORTE

44 - Código CNES

165281104

45 - Observação / Justificativa

30733049 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,30733065 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,60000155 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,78201110 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,78410592 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.

46 - Data da Solicitação

129/103/12023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS [3][5][5][1][5][1]	3 - Número da Guia Referenciada [2][2][3][1][1][3][1][1]	4 - Senha [2][0][2][3][1][0][7][8][2][3]	5 - Data da Autorização [2][9][/] [0][3][/] [2][0][2][3]	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora [2][2][3][1][1][3][1][1]
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira [0][5][1][1][2][6][0][0][5]	8 - Nome MARIO LUCIO OLIVEIRA			
Dados do Profissional Solicitante				
9 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ		10 - Telefone 43 33770900	11 - E-mail internacao@uniorite.com.br	

Dados da Cirurgia				
12 - Justificativa Técnica DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL JOELHO ESQUERDO. SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO.				

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 - N° Autorização de Funcionamento				
1 -	[1][9]	[7][8][4][1][0][5][9][2]	LÂMINA PARA SHAVER SETORMED		[1]	[1]	[5][1][0][0][0]	[1]	[5][1][0][0][0]
2 -	[1][9]	[7][8][2][0][1][1][1][0]	Ponteiras de Radiofrequência Para Cirurgia		[1]	[1]	[1][2][0][0][0]	[1]	[1][2][0][0][0]
3 -									
4 -									
5 -									
6 -									

24 - Especificação do Material LAMINA DE SHAVER PARTES MOLES + RADIOFREQUENCIA	25 - Observação / Justificativa FAVOR LIBERAR CONFORME PEDIDO EM ANEXO. 30733049 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica. 30733065 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica. 60000155 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica. 78201110 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica. 78410592 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.
---	--

26 - Data da Solicitação [2][9][/] [0][3][/] [2][0][2][3]	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
Page 1		
Printed on: 29/03/2023 13:16:07		
93467370934		
CPLS203		