

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91391593 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 31/05/2023 14:06 | 5 - Senha 91391593 | 6 - Data de Validade da Senha 30/07/2023 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000013641045 | 8 - Validade da Carteira 30/10/2023 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

WILSON SINCOS

Dados do Contratado Solicitante

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

| | | | | |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 32301 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

| | | |
|--|--|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | 21 - Data sugerida para Internação 01/06/2023 00:00 |
|--|--|---|

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento 2 | 23 - Tipo de Internação C | 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

SINOVITE DE COTOVELO POR CIRURGIA HA 26 DIAS

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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 | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|------------------------------|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1- 22 | 30101565 | EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXERESE E ROTAC | 1 | 1 |
| 2- 18 | 60000384 | DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA | 1 | 1 |
| 3- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 |
| 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 1 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 |
|---|---|--|

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

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/05/2023 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL

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

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|-------------|--|--|--------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | | 3 - Número da Guia Referenciada 91391593 | | 4 - Senha 91391593 | | 5 - Data da Autorização 31/05/2023 14:06 | | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91391593 | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 0050000013641045 | | | | 29 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| 8 - Nome WILSON SINCOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA | | | | 10 - Telefone | | | 11 - E-mail | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica SINOVITE DE COTOVELO POR CIRURGIA HA 26 DIAS SINOVITE DE COTOVELO POR CIRURGIA HA 26 DIAS | | | | | | | | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela | | 14 - Código do Material | | 15 - Descrição | | 16 - Opção | | 17 - Qtde. Solicitada | | 18 - Valor Unitário Solicitado | | 19 - Qtde. Autorizada | | 20 - Valor Unitário Autorizado | |
| 21 - Registro ANVISA do Material | | | | 22 - Referência do material no fabricante | | 23 - Nº Autorização de Funcionamento | | | | | | | | | |
| 1- 00 | | 75043114 | | SUTURA CIRURGICA TRANCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09 | | 1 | | 2 | | 1,1111 | | 2 | | 1,1111 | |
| 80083650067 | | | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD | | | | | | | | | | | |
| 2- 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 3- 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 4- 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 5- 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 6- 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/05/2023 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | | | | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | |