



1 - Registro ANS

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

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

|2|8|4|5|9|3|7| | | | | | | | | | | |

4 - Data da Autorização

|1|7|/|0|6|/|2|0|2|4|

5 - Senha

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

6 - Data de Validade da Senha

|0|2|/|0|8|/|2|0|2|4|

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

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

8 - Validade da Carteira

| | | | | | | | | | |

9 - Atendimento a RN

|N|

10 - Nome

PAULO DOS SANTOS RODRIGUES JUNIOR

11 - Cartão Nacional de Saúde

|7|0|0|0|0|5|9|4|3|6|7|4|6|0|2|

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|5|/|0|6|/|2|0|2|4|

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 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
1 - 2 2	3 0 7 3 3 0 4 9	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia # - procedimento videopartroscópico de joelho	1	1
2 - 1 8	6 0 0 0 0 1 5 5	DIÁRIA COMPACTA DE HOSPITAL DIA APARTAMENTO	1	1
3 - 1 9	7 8 4 1 0 5 9 2	LÂMINA PARA SHAVER SETORMED	1	1
4 - 1 9	7 8 2 0 1 1 1 1 0	Ponteiras de Radiofrequência Para Cirurgia	1	1
5 -				
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 - ok,30733103 - sem justificativa,60000155 - ok,78201110 - ok,78410592 - ok

46 - Data da Solicitação

|1|7|/|0|6|/|2|0|2|4|

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



1 - Registro ANS 31511511	3 - Número da Guia Referenciada 2184151937	4 - Senha 20243024115	5 - Data da Autorização 117/106/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2184151937
------------------------------	---	--------------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 025046001	8 - Nome PAULO DOS SANTOS RODRIGUES JUNIOR
-------------------------------------	---

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica DOR + LIMITAÇÃO SEM MELHORA CLINICA

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 - N° Autorização de Funcionamento					
1-119	7184110592	LÂMINA PARA SHAVER SETORMED	11	11	5110100	11	5110100
	801777280006						
2-119	7182011110	Ponteiras de Radiofrequencia Para Cirurgia	11	11	11200100	11	11200100
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

FAVOR LIBERAR CONFORME PEDIDO.

25 - Observação / Justificativa

OPME SOLICITADO: 1 LAMINA SHAVER
1 RADIOFREQUENCIA
FORNECEDOR ARTHROM 30733049 - ok,30733103 - sem justificativa,60000155 - ok,78201110 - ok,78410592 - ok

26 - Data da Solicitação 117/106/2024	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---