

1 - Registro ANS  
4217153 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
974379194 - Data da Autorização  
04/09/20235 - Senha  
G59SZQ2

6 - Data de Validade da Senha

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira  
954390026310009

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN  
Não

50 - Nome Social

10 - Nome  
OTAVIANO MARCOS TORRES

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora  
41901013 - Nome do Contratado  
UNIORT ORTOPEDIA14 - Nome do Profissional Solicitante  
Daniel Ferreira Fernandes Vieira15 - Conselho Profissional  
CRM16 - Número do Conselho  
1947517 - UF  
PR18 - Código CBO  
322 MEDICO ORTOPEDISTA

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ  
41901020 - Nome do Hospital/ Local Solicitado  
UNIORT ORTOPEDIA21 - Data Sugerida para Internação (Real)  
01/09/202322 - Caráter do Atendimento  
ELETIVO23 -Tipo de Internação  
124 - Regime de Internação  
HOSPITALAR25 - Qtde. Diárias Solicitadas  
2

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

DN: ; DC: ; DA: ; I: ; P: ; GR: ; A: ; UTI: N; RV: N; OBS: LESAO DO MAGUITO ROTATOR NECESSINTANDO REPARO.

29 - CID 10 Principal

30 - CID 10 (2)

31 - CID 10 (3)

32 - CID 10 (4)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  
9

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
16	30735092	TENOTOMIA PORCAO LONGA BICEPS - VIDEOARTROSC OMBRO	1	1
16	30735084	RESSECCAO LATERAL CLAVICULA - VIDEOARTROSCOP OMBRO	1	1
16	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCED VIDEOARTROSCOPICO OMBRO	1	1
16	30735068	RUPTURA MANGUITO ROTADOR - PROC VIDEOARTR OMBRO	1	1

Dados de Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  
01/09/2023

40 - Qtde. Diárias Autorizadas  
1

41 - Tipo da Acomodação Autorizada  
QUARTO PARTICULAR

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa  
- ADM(PERSONAL VIII(185) - PL. EMPRESARIAL) MED( SOLICITAÇÃO AUTORIZADA. ) FIN(s/acomp)

46 - Data da Solicitação  
24/08/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS  
421715

3 - Número da Guia Referenciada  
97437919

4 - Senha  
G59SZQ2

5 - Data da Autorização  
04/09/2023

6 - Número da Guia Atribuído pela operadora  
97437919

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira  
954390026310009

8 - Nome  
OTAVIANO MARCOS TORRES

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante  
Daniel Ferreira Fernandes Vieira

10 - Telefone  
33720900

11 - E-mail  
internacao@uniorte.com.br

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica  
LESAO DO MAGUITO ROTATOR NECESSITANDO REPARO.

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção Fabr.	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					
29 - Especificação do Material							
TUSS	0078412951	Ponteira para Ressecção Endoscópica INCISOR PLUS 5,5mm x Reta - Verde Teal	1	2	0	2	
80804050083	7205459						
TUSS	0019003446	CANETA PARA ABLAÇÃO RFMICRODISSECTOR CAP AG 00 110	1	1	0	1	
80743230025	CAPAG00110						
SEM	0000000000	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO VOLMED 2 VIAS	0	1	0	1	0
81130100006							
SEM	0000000000	CANULA COM OBTURADOR PARA ARTROSCOPIA 6,5 X 70 MM	0	1	0	1	0
80777280101							

SEM	0000000000	GUIA FLEXIVEL PARA PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXFLEZ SC I	0	1	0	1	0
80743230002							
SEM	0000000000	ANCORA JUGGERKNOT SOFT ANCHORS	0	3	0	3	0
80044680279							

24 - Especificação do Conjunto de Materiais  
OPME SOLICITADO: 3 ANCORAS JUGGERKNOT MONTADA C/2 FIOS + 2 PONTEIRA SHAVER + 1 PONTEIRA RADIOFREQUENCIA + 1 EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO 10K + I CANULA ARTROSCOPICA + 1 AGULHA FLEXIVEL SUTURA + TAXA DE VIDEO .

25 - Observação / Justificativa  
LESAO DO MAGUITO ROTATOR NECESSINTANDO REPARO.

26 - Data da Solicitação 24/08/2023	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---