

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95842053
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 17/07/2024 17:58	5 - Senha 95842053	6 - Data de Validade da Senha 15/09/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001569077	8 - Validade da Carteira 02/04/2026	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

DOMINGAS APARECIDA LOPES PIOVESANA

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 DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19475	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 25/07/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR

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	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
3- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
4- 22	30735092	TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	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 17/07/2024 /EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C) - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: DOMINGAS APARECIDA LOPES PIOVESANA

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 95842053	4 - Senha 95842053	5 - Data da Autorização 17/07/2024 17:58	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95842053
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000001569077	29 - Nome Social

8 - Nome

DOMINGAS APARECIDA LOPES PIOVESANA

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia		
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C) - PAGO EM CONTA		

OPME Solicitadas							
13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	_ 3		_ _ _ _ _ _ _ _ _ 3		_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
2- 00	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_ 2		_ _ _ _ _ _ _ _ _ 2		_ _ _ _ _ _ _ _ _
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
3- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
4- 00	00151360	EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)	_ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _
10216350077			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
5- 00	00241202	TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009	_ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _
80371250020		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
6- 00	101152272	ANCORAS QUATTRO LINK SP - CM-9145SP: ANCORA QUATTRO LINK S	_ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _ 1		_ _ _ _ _ _ _ _ _
80044680491		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/07/2024 /EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C) - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: DOMINGAS APARECIDA LOPES PIOVESANA

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---