

1 - Registro ANS 31292 - 4		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 44077900	
4 - Data da Autorização 11/01/2024		5 - Senha 440779006	
6 - Data de Validade da Senha 19/07/2024			

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0100474838001420	8 - Validade da Carteira 07/03/2027
9-Atendimento a RN N	
10 - Nome OSNY SEVERINO MARTINS	
11 - Cartão Nacional de Saúde 704803595238044	

Dados do contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora 10246214000104	13 - Nome do Contratado UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional
16 - Número no Conselho	17 - UF
18 - Código CBO 225270	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação	
19 - Código na Operadora / CNPJ 10246214000104	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP
21 - Data sugerida para internação 11/01/2024	
22 - Caráter do Atendimento 1 - Eletivo	23-Tipo de Internação 2 - Cirúrgica
24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3
26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico N
28 - Indicação Clínica DOR + INSTABILIDADE PATELAR	

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 - Não Acidente
--------------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------	---

Procedimentos Solicitados				
34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36-Descrição	37-Qtde Solic	38 - Qtde Aut
22	3.07.33.030	Condroplastia (com remoção de corpos livres) - [Anestesista]	1	1
22	3.07.33.030	Condroplastia (com remoção de corpos livres) - [Cirurgião]	1	1
22	3.07.33.030	Condroplastia (com remoção de corpos livres) - [Despesas Hospitalares]	1	1
22	3.07.33.030	Condroplastia (com remoção de corpos livres) - [1º Auxiliar Cirúrgico]	1	1
18	6.00.34.068	DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD [Diárias]	3	3
22	3.07.33.103	Instabilidade femoro-patelar, release lateral da [Anestesista]	1	1
22	3.07.33.103	Instabilidade femoro-patelar, release lateral da [Cirurgião]	1	1
22	3.07.33.103	Instabilidade femoro-patelar, release lateral da [Despesas Hospitalares]	1	1
22	3.07.33.103	Instabilidade femoro-patelar, release lateral da [1º Auxiliar Cirúrgico]	1	1
22	3.07.31.216	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento [Anestesista]	1	1
22	3.07.31.216	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento [Cirurgião]	1	1
22	3.07.31.216	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento [Despesas Hospitalares]	1	1

Dados da Autorização	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 21/01/2024	40 - Qtde. Diarias Autorizadas 3
41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10246214000104	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP
44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa PROCEDIMENTO ELETIVO - CONFORME ANEXOS DO DIA 11/01/2024APÓS ANÁLISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS, SOMOS FAVORÁVEIS À AUTORIZAÇÃO DOS OLCITADOS, OS MESMOS TEM COBERTURA OBRIGATÓRIANO ROL DA ANS E BENEFICIÁRIO(A) CUMPRE AS EXIGÊNCIAS PARA REALIZAÇÃO DOS RÃO SER JUSTIFICADOS EM CONTA HOSPITALAR:- 01 PONTEIRA DE ABLAÇÃO R\$1200,00- 01 CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO R\$480,00- 02 ÂNCORA DE SUTURA R\$1.990,00 1 PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA R\$1.500,00VALOR TOTAL R\$7.160,00 + TAXAFORNECEDORES - ARTHROMRESPONSABILIDADE DO CNPJ SOLICITANTE INFORMAR	
46-Data da Solicitação 11/01/2024	47-Assinatura do Profissional Solicitante
48-Assinatura do Beneficiário Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS 31292 - 4		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 44077900									
4 - Data da Autorização 11/01/2024		5 - Senha 440779006		6 - Data de Validade da Senha 19/07/2024							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 0100474838001420		8 - Validade da Carteira 07/03/2027		9-Atendimento a RN N							
10 - Nome OSNY SEVERINO MARTINS				11 - Cartão Nacional de Saúde 704803595238044							
Dados do contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10246214000104		13 - Nome do Contratado UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP									
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho		17 - UF		18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ 10246214000104		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP			21 - Data sugerida para internação 11/01/2024						
22 - Caráter do Atendimento 1 - Eletivo		23-Tipo de Internação 2 - Cirúrgica		24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3		26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica DOR + INSTABILIDADE PATELAR											
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 - Não Acidente			
Procedimentos Solicitados											
34-Tabela		35 - Código do Procedimento		36-Descrição				37-Qtde Solic		38 - Qtde Aut	
22		3.07.31.216		Transposição de mais de 1 tendão - tratamento [1º Auxiliar Cirúrgico]				1		1	
Dados da Autorização											
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 21/01/2024		40 - Qtde. Diarias Autorizadas 3		41 - Tipo da Acomodação Autorizada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10246214000104				43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP				44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa PROCEDIMENTO ELETIVO - CONFORME ANEXOS DO DIA 11/01/2024APÓS ANÁLISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS, SOMOS FAVORÁVEIS À AUTORIZAÇÃO DOS OLICITADOS, OS MESMOS TEM COBERTURA OBRIGATÓRIANO ROL DA ANS E BENEFICIÁRIO(A) CUMPRE AS EXIGÊNCIAS PARA REALIZAÇÃO DOS RÃO SER JUSTIFICADOS EM CONTA HOSPITALAR:- 01 PONTEIRA DE ABLAÇÃO R\$1200,00- 01 CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO R\$480,00- 02 ÂNCORA DE SUTURA R\$1.990,00 1 PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA R\$1.500,00VALOR TOTAL R\$7.160,00 + TAXA FORNECEDORES - ARTHROMRESPONSABILIDADE DO CNPJ SOLICITANTE INFORMAR											
46-Data da Solicitação 11/01/2024		47-Assinatura do Profissional Solicitante		48-Assinatura do Beneficiário Responsável				49-Assinatura do Responsável pela Autorização			