

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>92225801</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br><b>16/08/2023 15:07</b> | 5 - Senha<br><b>92225801</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>15/10/2023</b> |
|--|------------------------------|--|

## Dados do Beneficiário

|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>0050000013655640</b> | 8 - Validade da Carteira<br><b>30/10/2025</b> | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

VANIRA PASQUETTO RODRIGUES

## Dados do Contratado Solicitante

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

|  |   |   |                      |                                  |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA</b> | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 16 - Número do Conselho<br><b>19475</b> | 17 - UF<br><b>41</b> | 18 - Código CBO<br><b>225270</b> |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|

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

|  |  |   |
|--|--|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>10.246.214/0001-04</b> | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>21/08/2023 00:00</b> |
|--|--|---|

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

28 - Indicação Clínica

INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO

|                                  |                           |                           |                           |   |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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)<br><b>9</b> |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|

## 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       | 60000384                    | DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA                 | 2                 | 2               |
| 6- 18       | 60000805                    | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 2                 | 2               |
| 7- 18       | 60024151                    | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR  | 1                 | 1               |
| 8-          |                             |  |                   |                 |
| 9-          |                             |  |                   |                 |
| 10-         |                             |  |                   |                 |
| 11-         |                             |  |                   |                 |
| 12-         |                             |  |                   |                 |

## Dados da autorização

|   |   |  |
|---|---|--|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>2</b> | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>1</b> |
|---|---|--|

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

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/08/2023 /\*1 EQUIPO 4 VIAS + \*\*\*\*\*PAGO EM CONTA\*\*\*\*\* / 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<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Referenciada<br><b>92225801</b> | 4 - Senha<br><b>92225801</b> | 5 - Data da Autorização<br><b>16/08/2023 15:07</b> | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br><b>92225801</b> |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

| Dados do Beneficiário                             |                  |
|---|------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>0050000013655640</b> | 29 - Nome Social |

|                                   |
|-----------------------------------|
| 8 - Nome                          |
| <b>VANIRA PASQUETTO RODRIGUES</b> |

| Dados do Profissional Solicitante   |               |             |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante<br><b>DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA</b> | 10 - Telefone | 11 - E-mail |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Dados da cirurgia  |  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO<br>INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO<br>*1 EQUIPO 4 VIAS + *****PAGO EM CONTA***** |  |  |

[illegible]

|                                |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do Material |
|--------------------------------|

|  |
|--|
| 25 - Observação / Justificativa  |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/08/2023 /*1 EQUIPO 4 VIAS + *****PAGO EM CONTA***** / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL |

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