

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90977199
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização 26/04/2023 11:13	5 - Senha 90977199	6 - Data de Validade da Senha 25/06/2023
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000014287296	8 - Validade da Carteira 16/07/2024	9 - Atendimento de RN N
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ZALENE RIBEIRO DOS REIS

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 CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 22343	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 05/05/2023 00:00
--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

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

28 - Indicação Clínica

PEDIDO MÉDICO 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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------------------------------------------------

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30731224	TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO	1	1
2- 22	30729181	HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
3- 22	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT	4	4
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	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 26/04/2023 /01X LAMINA 64MIS - material instrumental - instrumental está incluso em taxa hospitalar/ É oportuno informar que os procedimentos com códigos 30729181 HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO 1 X + 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES 4 X +30731224 TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO 1 com técnica e materiais convencionais estão liberados. / Empresa / Titular: ZALENE RIBEIRO DOS REIS

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 90977199	4 - Senha 90977199	5 - Data da Autorização 26/04/2023 11:13	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90977199
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000014287296	29 - Nome Social

8 - Nome
ZALENE RIBEIRO DOS REIS

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>PEDIDO MÉDICO EM ANEXO / OPME: 01 PLACA PARA ARTRODESE DE HALUX + 01 AGRAFE DE MEMORIA + 01 BROCA SHANON + 01 MICRO SERRA: ARTHROM</p> <p>PEDIDO MÉDICO EM ANEXO</p> <p>01X LAMINA 64MIS - material instrumental - instrumental está incluso em taxa hospitalar/ É oportuno informar que os procedimentos com códigos 30729181 HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO 1 X + 30729203 OSTEO TOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES 4 X +30731224 TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO 1 com técnica e materiais convencionais estão liberados.</p>

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa	
<p>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/04/2023 /01X LAMINA 64MIS - material instrumental - instrumental está incluso em taxa hospitalar/ É oportuno informar que os procedimentos com códigos 30729181 HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO 1 X + 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES 4 X +30731224 TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO 1 com técnica e materiais convencionais estão liberados. / Empresa / Titular: ZALENE RIBEIRO DOS REIS</p>	

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