

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90916531</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
<b>20/04/2023 09:02</b>	<b>90916531</b>	<b>27/06/2023</b>

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0320000074698834</b>	8 - Validade da Carteira <b>30/11/2022</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome  
**NATHANY ANDREA WAGENHEIMER BELMAIA**

### Dados do Contratado Solicitante

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

14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
<b>CARLOS EDUARDO MOTOOKA</b>	<b>06</b>	<b>21679</b>	<b>41</b>	<b>225270</b>

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

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>24/04/2023 00:00</b>
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica mão esquerda
--

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)
				<b>9</b>

### Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30731097</b>	<b>TENOLISE NO TUNEL OSTEOFIBROSO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30710022</b>	<b>RETIRADA DE FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-O</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
3- <b>22</b>	<b>30710030</b>	<b>RETIRADA DE PLACAS</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
4- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
7-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
8-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
9-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
10- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
11- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _
12- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _ _	_ _ _

### Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</b>
---	---	---

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

45 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/04/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---