

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93466410 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|-------------------------|-----------------|-------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha |
| 11/12/2023 17:04 | 93466410 | 09/02/2024 |

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000032111650 | 8 - Validade da Carteira 31/12/2025 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

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

10 - Nome

WILSON CAMPOS PEDROSO

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 | 15 - Conselho Profissional | 16 - Número do Conselho | 17 - UF | 18 - Código CBO |
| ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA | 06 | 28281 | 41 | 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 21/12/2023 00:00 |
|--|--|---|

| | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|------------------------------|---|
| 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 |
| 1 | C | 1 | 3 | S | N |

[illegible]

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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 | 30726190 | LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30733065 | REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC | 1 | 1 |
| 3- 22 | 30731224 | TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO | 1 | 1 |
| 4- 22 | 30733049 | OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # | 1 | 1 |
| 5- 22 | 30733073 | RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR | 1 | 1 |
| 6- 22 | 30731216 | TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO | 1 | 1 |
| 7- 98 | 08011046 | PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - ENF | 1 | 1 |
| 8- 98 | 08011081 | PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF | 1 | 1 |
| 9- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 |
| 10-18 | 60024151 | ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 11- _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _ _ _ | _ _ _ |
| 12- _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _ _ _ | _ _ _ |

Dados da autorização

| | | |
|---|---|--|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 3 | 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 11/12/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA |

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 93466410 | 4 - Senha 93466410 | 5 - Data da Autorização 11/12/2023 17:04 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93466410 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

| | |
|---|------------------|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 0050000032111650 | 29 - Nome Social |

| |
|------------------------------|
| 8 - Nome |
| WILSON CAMPOS PEDROSO |

| Dados do Profissional Solicitante | | |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA | 10 - Telefone | 11 - E-mail |

| Dados da cirurgia | |
|----------------------------|---|
| 12 - Justificativa técnica | PACIENTE SOFREU TRAUMA LOCAL E EVOLUIU COM LESÃO DE LCA EM JOELHO ESQUERDO E ROTURA DE MENISCO MEDIAL E LESÃO OSTEOCONDRA. ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEOARTROSCOPIA E RECONSTRUÇÃO DE LCA JOELHO ESQUERDO |

[illegible]

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

| |
|---|
| 25 - Observação / Justificativa |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/12/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA |

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