

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>91150654</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br><b>11/05/2023 10:20</b> | 5 - Senha<br><b>91150654</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>31/07/2023</b> |
|--|------------------------------|--|

## Dados do Beneficiário

|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>8650000280389023</b> | 8 - Validade da Carteira<br><b>30/04/2025</b> | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

**ROSANIA ACACIO**

## 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>15/05/2023 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

LESAO MAGUITO ROTATOR ESQUERDO

|                                  |                           |                           |                           |   |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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- <b>22</b>             | <b>30735033</b>             | <b>ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO</b>    | <b>1</b>             | <b>1</b>             |
| 2- <b>22</b>             | <b>30735068</b>             | <b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP</b>   | <b>1</b>             | <b>1</b>             |
| 3- <b>22</b>             | <b>30735041</b>             | <b>LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO</b>      | <b>1</b>             | <b>1</b>             |
| 4- <b>18</b>             | <b>60000554</b>             | <b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>                               | <b>2</b>             | <b>2</b>             |
| 5- <b>18</b>             | <b>60024151</b>             | <b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b> | <b>1</b>             | <b>1</b>             |
| 6- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10- <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11- <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12- <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## Dados da autorização

|   |   |   |
|---|---|---|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>2</b> | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>12</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 11/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL

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

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