

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90965984
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 25/04/2023 15:16	5 - Senha 90965984	6 - Data de Validade da Senha 24/06/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000015174274	8 - Validade da Carteira 06/07/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

ALICE AKEMI OTA

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 CARLOS EDUARDO MOTOOKA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 21679	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 26/04/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 2	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

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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30720095	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 25/04/2023 / Empresa / Titular: ALICE AKEMI OTA

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 90965984	4 - Senha 90965984	5 - Data da Autorização 25/04/2023 15:16	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90965984
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 0050000015174274		29 - Nome Social		
8 - Nome ALICE AKEMI OTA				
Dados do Profissional Solicitante				
9 - Nome do profissional solicitante CARLOS EDUARDO MOTOOKA		10 - Telefone		11 - E-mail
Dados da cirurgia				
12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO				
OPME Solicitadas				
13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 10247700102	72243562	SISTEMA DE PLACAS E PARAFUSOS BLOQUEADOS VERSALOCK DE ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
2- 00 10247700109	72375906	FAMILIA DE MICRO E MINI PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
3- 00 10247700093	72245123	SISTEMA DE MINI FRAGMENTOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Especificação do Material				
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/04/2023 / Empresa / Titular: ALICE AKEMI OTA				
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização