

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90943224
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 24/04/2023 10:47	5 - Senha 90943224	6 - Data de Validade da Senha 23/06/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000030687252	8 - Validade da Carteira 17/10/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

SEBASTIAO APARECIDO MARIN

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 BRUNO BOSIO DA SILVA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 32301	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 06/05/2023 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

RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR

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	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
3- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 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 24/04/2023 / ***01 BOMBA DE INFUSÃO = Conforme consenso da especialidade é utilizado equipo de irrigação sendo material de consumo hospitalar pago em conta hospitalar***** / Empresa / Titular: MOINHO GLOBO ALIMENTOS SA

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 90943224	4 - Senha 90943224	5 - Data da Autorização 24/04/2023 10:47	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90943224
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000030687252	29 - Nome Social

8 - Nome	SEBASTIAO APARECIDO MARIN
----------	---------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia		
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR</p> <p>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR</p> <p>***01 BOMBA DE INFUSÃO = Conforme consenso da especialidade é utilizado equipo de irrigação sendo material de consumo hospitalar pago em conta hospitalar*****</p>		

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2023 / ***01 BOMBA DE INFUSÃO = Conforme consenso da especialidade é utilizado equipo de irrigação sendo material de consumo hospitalar***** / Empresa / Titular: MOINHO GLOBO ALIMENTOS SA

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