

|  |  |  |
|--|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b>                  | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>95508501</b> |  |
| 4 - Data da Autorização<br><b>18/06/2024 15:18</b> | 5 - Senha<br><b>95508501</b>                                   | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>17/08/2024</b> |

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                  |   |                                   |
| 7 - Número da Carteira<br><b>0050000061423222</b>      | 8 - Validade da Carteira<br><b>25/09/2024</b> | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
| 50 - Nome Social                                       |   |                                   |
| 10 - Nome<br><b>CLADI CECILIA AGOSTINI LEVANDOWSKI</b> |   |                                   |

|   |  |   |   |                      |                                  |
|---|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 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>CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS</b> |  | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                                 | 16 - Número do Conselho<br><b>22343</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>03/07/2024 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>1</b> | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>S</b> | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br><b>N</b>            |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 28 - Indicação Clínica<br>DOR E DEFORMIDADE |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|

|   |  |                           |                           |   |  |
|---|--|---------------------------|---------------------------|---|--|
| 29 - CID 10 Principal (opcional)<br><b>M774</b> | 30 - CID 10(2) (opcional)<br><b>M774</b> | 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>30731216</b>             | <b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>   | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |  |
| 2- <b>22</b>                                     | <b>30729203</b>             | <b>OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT</b> | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |  |
| 3- <b>98</b>                                     | <b>08011046</b>             | <b>PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - ENF</b>                        | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |  |
| 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<br><b>1</b>  | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>1</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<br>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/06/2024 / Empresa / Titular: SCOD BRASIL TECNOLOGIA EM SISTEMAS LTDA |  |  |  |  |  |   |  |
| 46 - Data da Solicitação   |  | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante  |  | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |  |