

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>93501928</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>14/12/2023 10:26</b>	5 - Senha <b>93501928</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>26/02/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9942062262007009</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**MARLI DA SILVA**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>BRUNO BOSIO DA SILVA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>32301</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
--	---	---	----------------------	----------------------------------

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>31/12/2023 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

ARTROPATIA DE MANGUITO ROTADOR ombro d

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) <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>30732026</b>	<b>ENXERTO OSSEO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30717167</b>	<b>TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CI</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30717027</b>	<b>ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</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 <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</b>
---	---	---

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6528104</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>93501928</b>	4 - Senha <b>93501928</b>	5 - Data da Autorização <b>14/12/2023 10:26</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93501928</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>9942062262007009</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	MARLI DA SILVA
----------	----------------

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

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
ARTROPATIA DE MANGUITO ROTADOR	
ARTROPATIA DE MANGUITO ROTADOR ombro d	
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM	

[illegible]

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

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>93501928</b>	4 - Senha <b>93501928</b>	5 - Data da Autorização <b>14/12/2023 10:26</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>93501928</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9942062262007009</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome <b>MARLI DA SILVA</b>
-----------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>BRUNO BOSIO DA SILVA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica ARTROPATIA DE MANGUITO ROTADOR ARTROPATIA DE MANGUITO ROTADOR ombro d AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM
--

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
7- <b>80083650084</b>	<b>78891213</b>	<b>SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234151-090 - SUTURFIX, ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 3		
8- <b>80044680228</b>	<b>74884239</b>	<b>SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 115310 GLENOSFE ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		
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"/>		

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

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A
--

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