

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92655650
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 26/09/2023 11:32	5 - Senha 92655650	6 - Data de Validade da Senha 25/11/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000060024022	8 - Validade da Carteira 29/12/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

WILLIAN FELIPE DOS SANTOS

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 ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 17905	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 02/10/2023 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

DOR LIMITAÇÃO PARA ATIVIDADES SEM MELHORA COM TRAT CLINICO

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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733103	INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET	1	1
3- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	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- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
7- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
8- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
9- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
10- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
11- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
12- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []

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 26/09/2023 / Empresa / Titular: BELAGRICOLA COMERCIO E REPRESENTACOES DE PRODUTOS AGRICOLAS LTD 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 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92655650	4 - Senha 92655650	5 - Data da Autorização 26/09/2023 11:32	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92655650
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000060024022	29 - Nome Social

8 - Nome
WILLIAN FELIPE DOS SANTOS

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
12 - Justificativa técnica DOR + LIMITAÇÃO PARA ATIVIDADES SEM MELHORA COM TRAT. CLINICO. DOR LIMITAÇÃO PARA ATIVIDADES SEM MELHORA COM TRAT CLINICO

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/09/2023 / Empresa / Titular: BELAGRICOLA COMERCIO E REPRESENTACOES DE PRODUTOS AGRICOLAS LTDA

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