

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>92043841</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br><b>31/07/2023 17:32</b> | 5 - Senha<br><b>92043841</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>29/09/2023</b> |
|--|------------------------------|--|

## Dados do Beneficiário

|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>0050000061016210</b> | 8 - Validade da Carteira<br><b>01/04/2025</b> | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

**ANDREA DA SILVA DE OLIVEIRA LIMA**

## 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>ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA</b> | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 16 - Número do Conselho<br><b>28281</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>24/08/2023 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

SINOVITE E LESAO OSTEOCONDRALE EM JOELHO DIREITO

|                                  |                           |                           |                           |   |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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)<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>30733049</b>             | <b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b> | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |
| 2- <b>22</b>                 | <b>30733014</b>             | <b>SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOEL</b>  | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |
| 3- <b>98</b>                 | <b>08011080</b>             | <b>PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORT - APT</b>                       | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |
| 4- <b>18</b>                 | <b>60024151</b>             | <b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>  | <b>1</b>                 | <b>1</b>                 |
| 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>12</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

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/07/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA

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

|                                   |  |                              |  |  |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Referenciada<br><b>92043841</b> | 4 - Senha<br><b>92043841</b> | 5 - Data da Autorização<br><b>31/07/2023 17:32</b> | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br><b>92043841</b> |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

## Dados do Beneficiário

|   |                  |
|---|------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>0050000061016210</b> | 29 - Nome Social |
|---|------------------|

8 - Nome

**ANDREA DA SILVA DE OLIVEIRA LIMA**

## Dados do Profissional Solicitante

|   |               |             |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante<br><b>ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA</b> | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|---|---------------|-------------|

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

PACIENTE APRESENTA SINOVITE VILONOCULAR E LESÃO OSTEOCONDAL EM JOELHO DIREITO. EDEMOA IMPORTANTE E DOR INTENSA. ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEOARTROSCOPIA. SINOVITE E LESAO OSTEOCONDAL EM JOELHO DIREITO

## OPME Solicitadas

| 13 - Tabela<br>21 - Registro ANVISA do Material | 14 - Código do Material | 15 - Descrição<br>22 - Referência do material no fabricante  | 16 - Opção<br>23 - Nº Autorização de Funcionamento | 17 - Qtde. Solicitada | 18 - Valor Unitário Solicitado | 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado |
|---|-------------------------|--|--|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 1- 00<br>80777280006                            | 00590045                | LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306<br>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                | 1<br>  | 1                     | ,                              | 1                     | ,                              |
| 2- 00<br>80743230025                            | 00116700                | CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200<br>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 1<br>  | 1                     | ,                              | 1                     | ,                              |
| 3-  |                         |  |  |                       | ,                              |                       | ,                              |
| 4-  |                         |  |  |                       | ,                              |                       | ,                              |
| 5-  |                         |  |  |                       | ,                              |                       | ,                              |
| 6-  |                         |  |  |                       | ,                              |                       | ,                              |

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/07/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização