



1 - Registro ANS 3 5 5 1 5 1		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 															
4 - Data da Autorização 2 9 / 1 2 / 2 0 2 2				5 - Senha 2 0 2 2 5 4 3 3 9 8						6 - Data de Validade da Senha 1 7 / 0 2 / 2 0 2 3							
Dados do Beneficiário																	
7 - Número da Carteira 0 4 1 6 2 7 0 0 7								8 - Validade da Carteira 				9 - Atendimento a RN N					
10 - Nome RODRIGO REEBERG PRESTI										11 - Cartão Nacional de Saúde 7 0 0 0 0 1 5 8 8 2 0 1 7 0 2							
Dados do Contratado Solicitante																	
12 - Código na Operadora 4 1 0 5 8								13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP									
14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES								15 - Conselho Profissional 0 6		16 - Número no Conselho 2 3 5 3 8				17 - UF P R		18 - Código CBO 2 2 5 2 7 0	
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação																	
19 - Código na Operadora / CNPJ 8 5 6 4 0								20 - Nome do Hospital/Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP				21 - Data sugerida para internação 0 3 / 0 1 / 2 0 2 3					
22 - Caráter do Atendimento 1		23 - Tipo de Internação 2		24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2		26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico N							
28 - Indicação Clínica DOR INTEBSA NO QUADRIL ESQUERDO, COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. PACIENTE COM LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.																	
29 - CID 10 Principal (Opcional) M 1 9 9		30 - CID 10 (2) (Opcional) 		31 - CID 10 (3) (Opcional) 		32 - CID 10 (4) (Opcional) 		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)									
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																	
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial				36 - Descrição						37 - Qtde Solic		38 - Qtde Aut			
7 - 1 9		7 0 0 7 2 5 7 4				CABECA DE CERAMICA 9/10 36MM +0						1		1			
8 - 1 9		7 1 6 9 7 1 1 0				COMPONENTE FEMURAL IMPOL						1		1			
9 - 1 9		7 3 3 2 8 8 1 2				ACETABULO SEM CIMENTO						1		1			
10 - 0 0		7 8 9 9 2 7 8 8				CAMPO CIRURGICO MCD - 45cmx30cm						1		0			
1 - 2 2		3 0 7 2 4 0 5 8				Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico						1		1			
2 - 1 8		6 0 0 3 4 0 6 8				DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD						1		1			
3 - 1 9		7 0 4 1 7 2 1 0				PARAFUSO ACETABULAR						2		2			
4 - 1 9		7 1 9 2 0 3 5 8				LINER DE CERAMICA - 00 - 8775 007 - 28 LINER BIOLOX DELTA FF 28 28 MM 46 MM						1		1			
5 - 1 9		7 8 3 0 8 5 8 5				KIT CIMENTAÇÃO						1		1			
6 - 1 9		7 7 3 8 1 0 6 8				Cimento Osseo						2		2			
11 -																	
12 -																	
Dados da Autorização																	
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 				40 - Qtde. Diárias Autorizadas 2				41 - Tipo da Acomodação Autorizada 1 3									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 1 0 2 4 6 2 1 4 0 0 0 1 0 4								43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP				44 - Código CNES 6 5 2 8 1 0 4					
45 - Observação / Justificativa 30724058 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,60034068 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,70072574 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica, 70417210 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica,71697110 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica,71920358 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica, 73328812 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica,77381068 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica,78308585 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica, 78992788 - Material incluso na taxa de sala.																	
46 - Data da Solicitação 2 9 / 1 2 / 2 0 2 2				47 - Assinatura do Profissional Solicitante				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					