

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95495225	
4 - Data da Autorização 17/06/2024 17:16	5 - Senha 95495225	6 - Data de Validade da Senha 16/08/2024

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 0050000007664519	8 - Validade da Carteira 03/10/2024	9 - Atendimento de RN N
50 - Nome Social		
10 - Nome ADELINA CLEIDE BARREIRO		

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 JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28617	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 01/07/2024 00:00
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	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 ARTROSE GRAVE DE JOELHO ESQUERDO CIM VARO GRAVE E DOR INTRATAVEL								
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	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1	
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1	
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2	
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 2	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 17/06/2024 / Empresa / Titular: COROL COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL				
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

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