

|                                   |                                                                |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>95578569</b> |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|

|                                                    |                              |                                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização<br><b>24/06/2024 17:35</b> | 5 - Senha<br><b>95578569</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>23/08/2024</b> |
|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                   |                                               |                                   |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>0050000057125190</b> | 8 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2025</b> | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

**DOUGLAS DOS SANTOS OLIVEIRA**

## 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>CARLOS EDUARDO MOTOOKA</b> | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 16 - Número do Conselho<br><b>21679</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>25/06/2024 00:00</b> |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

|                                         |                                     |                                       |                                            |                                          |                                                    |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 22 - Caráter do Atendimento<br><b>2</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

FRATURA EOU LUXACOES

|                                  |                           |                           |                           |                                                                         |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 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>30720095</b>             | <b>FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 2- <b>18</b> | <b>60000805</b>             | <b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b> | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 3- [ ]       | [ ]                         |                                                                     | [ ]               | [ ]             |
| 4- [ ]       | [ ]                         |                                                                     | [ ]               | [ ]             |
| 5- [ ]       | [ ]                         |                                                                     | [ ]               | [ ]             |
| 6- [ ]       | [ ]                         |                                                                     | [ ]               | [ ]             |
| 7- [ ]       | [ ]                         |                                                                     | [ ]               | [ ]             |
| 8- [ ]       | [ ]                         |                                                                     | [ ]               | [ ]             |
| 9- [ ]       | [ ]                         |                                                                     | [ ]               | [ ]             |
| 10- [ ]      | [ ]                         |                                                                     | [ ]               | [ ]             |
| 11- [ ]      | [ ]                         |                                                                     | [ ]               | [ ]             |
| 12- [ ]      | [ ]                         |                                                                     | [ ]               | [ ]             |

## Dados da autorização

|                                           |                                           |                                                |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>1</b> | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>1</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 24/06/2024 / 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 |
|--------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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