

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91399154 |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|

| | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização 01/06/2023 08:26 | 5 - Senha 91399154 | 6 - Data de Validade da Senha 31/07/2023 |
|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000002518638 | 8 - Validade da Carteira 11/12/2023 | 9 - Atendimento de RN N |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

OTAVIO SOCIO FERRAZ

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 BRUNO BOSIO DA SILVA | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 32301 | 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 11/06/2023 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

REVALIDACAO DA GUIA 90869435

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 30735033 | ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30735050 | LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE O | 1 | 1 |
| 3- 22 | 30735041 | LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO | 1 | 1 |
| 4- 18 | 60000554 | DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES | 1 | 1 |
| 5- 18 | 60024151 | ALUGUETA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 6- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dados da autorização

| | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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 01/06/2023 / Empresa / Titular: ROBSON FERREIRA DIAS FERRAZ

| | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 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 91399154 | 4 - Senha 91399154 | 5 - Data da Autorização 01/06/2023 08:26 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91399154 |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

| | |
|---------------------------------------------------|------------------|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 0050000002518638 | 29 - Nome Social |

| | |
|----------|---------------------|
| 8 - Nome | OTAVIO SOCIO FERRAZ |
|----------|---------------------|

| Dados do Profissional Solicitante | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA | 10 - Telefone | 11 - E-mail |

| Dados da cirurgia | |
|------------------------------|--|
| 12 - Justificativa técnica | |
| REVALIDACAO DA GUIA 90869435 | |
| REVALIDACAO DA GUIA 90869435 | |

[illegible]

| |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do Material |
|--------------------------------|

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 - Observação / Justificativa |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/06/2023 / Empresa / Titular: ROBSON FERREIRA DIAS FERRAZ |

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