

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91392716 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 31/05/2023 14:48 | 5 - Senha 91392716 | 6 - Data de Validade da Senha 30/07/2023 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000006919300 | 8 - Validade da Carteira 20/08/2024 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

JOAO FABIO DE MATTOS BUENO

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 ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 28281 | 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 06/07/2023 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

M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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 | 30733065 | REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30733049 | OSTEOCONDRPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # | 1 | 1 |
| 3- 22 | 30733014 | SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOEL | 1 | 1 |
| 4- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 |
| 5- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA 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 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 31/05/2023 / ***CAPA + EQUIPO ***PAGOS EM CONTA *** / 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 |
|--------------------------|---|--|---|

| | | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 91392716 | 4 - Senha 91392716 | 5 - Data da Autorização 31/05/2023 14:48 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91392716 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000006919300 | 29 - Nome Social |
|---|------------------|

| | |
|----------|----------------------------|
| 8 - Nome | JOAO FABIO DE MATTOS BUENO |
|----------|----------------------------|

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|---|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

| |
|--|
| 12 - Justificativa técnica |
| PACIENTE APRESENTA ROTURA DO MENISCO LATERAL, ASSOCIADO A LESÃO OSTEOCONDAL, SINOVITE E GOTA. ENCAMINHO PARA CIRURGIA POR VIDEOARTROSCOPIA DE JOELHO DIREITO . |
| M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO |
| ***CAPA + EQUIPO ***PAGOS EM CONTA *** |

OPME Solicitadas

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

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

| |
|--|
| 25 - Observação / Justificativa |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/05/2023 /***CAPA + EQUIPO ***PAGOS EM CONTA *** / Empresa / Titular: COROL COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL |

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