

| | | |
|--|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95081252 | |
| 4 - Data da Autorização 10/05/2024 17:23 | 5 - Senha 95081252 | 6 - Data de Validade da Senha 12/07/2024 |

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| Dados do Beneficiário | | |
| 7 - Número da Carteira 1470000002185643 | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN N |
| 50 - Nome Social | | |
| 10 - Nome FABIANI APARECIDA DA SILVA CANDIOTO | | |

| | | | | |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 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 ROBERTO GRANGE GASPARELLI | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 32428 | 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 20/05/2024 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 RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO | | | | | |
| 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 | 30733049 | OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # | 1 | 1 | |
| 2- 22 | 30733073 | RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR | 1 | 1 | |
| 3- 22 | 30731216 | TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO | 1 | 1 | |
| 4- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 2 | 2 | |
| 5- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 | |
| 6- 11 | 1111111111 | | 1111 | 1111 | |
| 7- 11 | 1111111111 | | 1111 | 1111 | |
| 8- 11 | 1111111111 | | 1111 | 1111 | |
| 9- 11 | 1111111111 | | 1111 | 1111 | |
| 10- 11 | 1111111111 | | 1111 | 1111 | |
| 11- 11 | 1111111111 | | 1111 | 1111 | |
| 12- 11 | 1111111111 | | 1111 | 1111 | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| 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 10/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | | | |
| 46 - Data da Solicitação | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização