

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92319004
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 24/08/2023 15:36	5 - Senha 92319004	6 - Data de Validade da Senha 23/10/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000000548718	8 - Validade da Carteira 31/05/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

LENILCE CANONICO DA SILVA

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 DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19475	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 28/08/2023 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

INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO

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	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
3- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
4- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
5- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	2	2
6- 18	60024151	ALUGUETA TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
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 2	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 24/08/2023 / 1 EQUIPO 4 VIAS - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: LENILCE CANONICO DA SILVA

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 92319004	4 - Senha 92319004	5 - Data da Autorização 24/08/2023 15:36	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92319004
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000000548718	29 - Nome Social

8 - Nome	LENILCE CANONICO DA SILVA
----------	---------------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia		
12 - Justificativa técnica		
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO		
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO		
1 EQUIPO 4 VIAS - PAGO 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	71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	_	3	_ _ _ _ , _ _	3
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ , _ _
2- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306	_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ , _ _
3- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ , _ _
4- 00	70917540	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1
80777280003		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ , _ _
5-	00322229	GANCHOS COMPRESSAO SUTURA EXS2 741980000	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1
80356130057		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ , _ _
6- 	 		_		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ , _ _
 	 		_		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ , _ _

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/08/2023 / 1 EQUIPO 4 VIAS - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: LENILCE CANONICO DA SILVA

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