

| 1 - Registro ANS 31292 - 4 | | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 46801480 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|---|---------------|--|--|-------------------------------------|--|---|--|---|--|-----------|-----------------------------|--------------|---------------|---------------|----|-------------|--|---|---|----|-------------|---|---|---|----|-------------|---|---|---|----|-------------|---|---|---|----|-------------|---|---|---|----|-------------|---|---|---|----|-------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4 - Data da Autorização 04/04/2024 | | 5 - Senha 468014802 | | 6 - Data de Validade da Senha 17/10/2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 0100285238401360 | | 8 - Validade da Carteira 02/12/2025 | | 9-Atendimento a RN N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome PEDRO MARCOS CELLI | | | | 11 - Cartão Nacional de Saúde 701407690107531 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10246214000104 | | 13 - Nome do Contratado UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante | | 15 - Conselho Profissional | | 16 - Número no Conselho | | 17 - UF | | 18 - Código CBO 225270 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 10246214000104 | | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP | | | 21 - Data sugerida para internação 04/04/2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 - Eletivo | | 23-Tipo de Internação 2 - Cirúrgica | | 24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar | | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2 | | 26 - Previsão de uso de OPME S | | 27 - Previsão de uso de quimioterápico N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 - Indicação Clínica COXARTROSE QUADRIL COM DOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 - Não Acidente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procedimentos Solicitados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><thead><tr><th>34-Tabela</th><th>35 - Código do Procedimento</th><th>36-Descrição</th><th>37-Qtde Solic</th><th>38 - Qtde Aut</th></tr></thead><tbody><tr><td>22</td><td>3.07.24.058</td><td>Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [Anestesiista]</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>22</td><td>3.07.24.058</td><td>Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [Cirurgião]</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>22</td><td>3.07.24.058</td><td>Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [Despesas Hospitalares]</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>22</td><td>3.07.24.058</td><td>Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [1º Auxiliar Cirúrgico]</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>22</td><td>3.07.24.058</td><td>Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [2º Auxiliar Cirúrgico]</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>22</td><td>3.07.24.058</td><td>Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [3º Auxiliar Cirúrgico]</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>18</td><td>6.00.34.068</td><td>DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD [Diárias]</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> | | | | | | | | | | | | 34-Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36-Descrição | 37-Qtde Solic | 38 - Qtde Aut | 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [Anestesiista] | 1 | 1 | 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [Cirurgião] | 1 | 1 | 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [Despesas Hospitalares] | 1 | 1 | 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [1º Auxiliar Cirúrgico] | 1 | 1 | 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [2º Auxiliar Cirúrgico] | 1 | 1 | 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [3º Auxiliar Cirúrgico] | 1 | 1 | 18 | 6.00.34.068 | DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD [Diárias] | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34-Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36-Descrição | 37-Qtde Solic | 38 - Qtde Aut | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [Anestesiista] | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [Cirurgião] | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [Despesas Hospitalares] | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [1º Auxiliar Cirúrgico] | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [2º Auxiliar Cirúrgico] | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 3.07.24.058 | Artroplastia (qualquer técnica ou versão de [3º Auxiliar Cirúrgico] | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 6.00.34.068 | DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD [Diárias] | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados da Autorização | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 20/04/2024 | | 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 2 | | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10246214000104 | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP | | | | | | 44 - Código CNES 6528104 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Favorável aos Procedimentos(Regime de Atendimento: Internação / Caráter de atendimento: Eletivo)Fornecedor(es): Arthromateriais autorizados no total de R\$ 17.570,00Já incluindo a taxa de comercialização de 0,0% conforme menor valor apresentado.O faturamento de OPME será realizado via conta hospitalar conforme padrão do Saúde Caixa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46-Data da Solicitação 04/04/2024 | | 47-Assinatura do Profissional Solicitante | | 48-Assinatura do Beneficiário Responsável | | | | 49-Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |