

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92016704 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 28/07/2023 10:13 | 5 - Senha 92016704 | 6 - Data de Validade da Senha 26/09/2023 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000057558488 | 8 - Validade da Carteira 03/12/2024 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

ARMEZINA ALVES DANEZI

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 05/08/2023 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

LESÃO MANGUITO ROTADOR

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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 | 30732026 | ENXERTO OSSEO | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30717167 | TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CI | 1 | 1 |
| 3- 22 | 30717027 | ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR | 1 | 1 |
| 4- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 |
| 5- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 28/07/2023 / Empresa / Titular: SANTA RITA DE CASSIA ASSESSORIA EMPRESARIAL LTDA EPP

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 92016704 | 4 - Senha 92016704 | 5 - Data da Autorização 28/07/2023 10:13 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92016704 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

| | |
|---|------------------|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 0050000057558488 | 29 - Nome Social |

| | |
|----------|-----------------------|
| 8 - Nome | ARMEZINA ALVES DANEZI |
|----------|-----------------------|

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

| Dados da cirurgia | |
|----------------------------|--|
| 12 - Justificativa técnica | |
| LESAO MANGUITO ROTADOR | |
| LESAO MANGUITO ROTADOR | |

| 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- | 72397888 | CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G | _ 2 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 2 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | 10243070062 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 2- | 74865641 | SISTEMA DE OMBRO COMPREHENSIVE - 113650 - HASTE UMERAL 10M | _ 1 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | 80044680117 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 3- | 72466103 | ANCORA COM APLICADOR DESCARTAVEL - 2831-050/ 39.44.04.00050 - | _ 2 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 2 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | 10417940137 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 4- | 71992243 | ORTHOSS - ORTHOSS BLOCK BLOCO DE 1 CM X 1 CM X 2 CM | _ 1 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | 80696930008 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 5- | 74885006 | SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - XL-115363 INSERT | _ 1 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | 80044680228 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 6- | 00934780 | SISTEMA OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE PLACA BASE ESTENDI | _ 1 | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | 80044680228 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |

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

| |
|--|
| 25 - Observação / Justificativa |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 / Empresa / Titular: SANTA RITA DE CASSIA ASSESSORIA EMPRESARIAL LTDA EPP |

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

| | | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 92016704 | 4 - Senha 92016704 | 5 - Data da Autorização 28/07/2023 10:13 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92016704 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

| | |
|---|------------------|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 0050000057558488 | 29 - Nome Social |

| | |
|----------|-----------------------|
| 8 - Nome | ARMEZINA ALVES DANEZI |
|----------|-----------------------|

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

| Dados da cirurgia | |
|----------------------------|--|
| 12 - Justificativa técnica | |
| LESAO MANGUITO ROTADOR | |
| LESAO MANGUITO ROTADOR | |

[illegible]

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

| |
|--|
| 25 - Observação / Justificativa |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 / Empresa / Titular: SANTA RITA DE CASSIA ASSESSORIA EMPRESARIAL LTDA EPP |

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