

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91372872
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 30/05/2023 10:38	5 - Senha 91372872	6 - Data de Validade da Senha 29/07/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000042827267	8 - Validade da Carteira 30/10/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

DAVID RODRIGO RAIMUNDO

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 GUILHERME RUFINI ISOLANI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 31666	17 - UF 41	18 - Código CBO
--	---	---	----------------------	-----------------

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
--	--	------------------------------------

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
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica

OSTEONECROSE CABEÇA DO FEMUR COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR UADRIL DIREITO E ESQUERDO

29 - CID 10 Principal (opcional) M879	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	40811026	RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRURGIC	1	1
2- 22	30724287	TRATAMENTO DE NECROSE AVASCULAR POR FORAGEM DE ESTAQUEAM	2	2
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 30/05/2023 /*****GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA. HONORÁRIO S MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE *****/*****01 OPSITE - MATERIAL PAGO EM CONTA HOSPITALAR / 01 LAP IMPS. DESCARTAVEL - MATERIAL INCLU SO EM TAXA / 01X BROCA DE FORAGEM INSTRUMENTAL CIRURGIC / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---