

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89863205	
4 - Data da Autorização 17/01/2023 17:22		5 - Senha 89863205	
6 - Data de Validade da Senha 08/04/2023			
Dados do Beneficiário			
7 - Numero da Carteira 1470000001929339		8 - Validade da Carteira 31/12/2023	
9 - Atendimento de RN N		11 - Cartão Nacional de Saúde 707607260463496	
10 - Nome REGINA HELENA ZANONI			
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 ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ		15 - Conselho Profissional 06	
16 - Número do Conselho 17905		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 19/01/2023 00:00			
22 - Caráter de Atendimento 2		23 - Tipo de Internação 2	
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 ARTROFIBROSE COM JOELHO EM FLEXO LADO ESQUERDO			
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)	
31-CID10(3) (opcional)		32-CID10(4) (opcional)	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela 1- 22 2- 18 3- 18 4- 18 5- <input type="checkbox"/> 6- <input type="checkbox"/> 7- <input type="checkbox"/> 8- <input type="checkbox"/> 9- <input type="checkbox"/> 10- <input type="checkbox"/> 11- <input type="checkbox"/> 12- <input type="checkbox"/>		35 - Código do Procedimento 30733090 60000384 60000805 60024151 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
36 - Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEO DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		37 - Qtde. Solic. 1 1 1 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 17/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENT O ARTRITE SEPTICA - SOLICITADO ADEQUAÇÃO DE CODIGO CONFORME RETORNO DO MEDICO NA GUIA 90093757 / Empresa / Titular: UNIMED CORNELI O PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO			
46 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

25 - Observações / Justificativa		
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 17/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENT O ARTRITE SEPTICA - SOLICITADO ADEQUAAfO DE CODIGO CONFORME RETORNO DO MEDICO NA GUIA 90093757 / Empresa / Titular: UNIMED CORNELI O PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
_ _ _ _ _ _ _		