

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90990857
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 27/04/2023 10:03	5 - Senha 90990857	6 - Data de Validade da Senha 01/07/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000001915833	8 - Validade da Carteira 30/06/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

NOEMI OLIVEIRA DE LIMA

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 28/04/2023 15:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 0	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------	--

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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 0	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 27/04/2023 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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 de Solicitação de Internação

90928046

4 - Data da Autorização

27/04/2023 10:03

5 - Senha

90990857

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

90990857

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

1170000001915833

31 - Nome Social

8 - Nome

NOEMI OLIVEIRA DE LIMA

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

10.246.214/0001-04

10 - Nome do Contratado

UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA

11 - Nome do Profissional Solicitante

ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ

12 - Conselho Profissional

06

13 - Número do Conselho

17905

14 - UF

41

15 - Código CBO

225270

Dados da Internação

16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas

0

17 - Tipo da Acomodação Solicitada

1

18 - Indicação Clínica

INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut
1- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>

Dados da autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

0

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

1

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/04/2023 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização