

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91524583		
4 - Data da Autorização 13/06/2023 16:57	5 - Senha 91524583	6 - Data de Validade da Senha 05/09/2023	

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 8650000327218106	8 - Validade da Carteira 31/05/2023	9 - Atendimento de RN N
50 - Nome Social		

10 - Nome
PEDRO HENRIQUE LEMOS DE P

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	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	06	22343	41	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 15/06/2023 00:00

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

28 - Indicação Clínica
pé plano esquerdo

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[illegible]

Dados da autorização		
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12

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 13/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL

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

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