

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89455059			
4 - Data da Autorização 01/12/2022 10:19		5 - Senha 89455059		6 - Data de Validade da Senha 30/01/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 8650002162716004		8 - Validade da Carteira 28/02/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome VERA LUCIA FARIA DE OLIVE				11 - Cartão Nacional de Saúde	
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 CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 22343
			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 14/11/2022 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1		23 - Tipo de Internação 2		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 DEFORMIDADE DE PÃ% 					
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		35 - Código do Procedimento 30729203		36 - Descrição OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT	
2-				37 - Qtde. Solic. 4	
3-				38 - Qtde. Aut. 4	
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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: CUNICO_ANA em 01/12/2022 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL					
46 - Data da Solicitação / /		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador

89455059

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação 89253251	4 - Data da Autorização 01/12/2022 10:19
5 - Senha 89455059	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89455059	
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 8650002162716004	8 - Nome VERA LUCIA FARIA DE OLIVE	
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 CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	12 - Conselho Profissional 06	13 - Número do Conselho 22343
	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 DEFORMIDADE DE PÃ		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados		
19 - Tabela 1- 22	20 - Código do Procedimento 30729203	21 - Descrição OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <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 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: CUNICO_ANA em 01/12/2022 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL		
28 - Data da Solicitação <input type="text"/>	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização