

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94363688

(Via HOSPITAL)

A Parietre ANG	Additional On				7				
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia 343269	Atribuldo pela Op	eradora		94363688	}				
4 - Data da Autorização 5 - Senha		6 - Data de Valida]	_				
11/03/2024 13:39	9436368	88	21/05/202	1					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	8 -	Validade da Carteira		- Atendimento de RI	N]				
8650001738516303				N					
50 - Nome Social									
10 - Nome									
LORAINE BARBOSA ALBINO DOS	SANTOS								
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do	Contratado ORTOPEDIA ES	PECIALIZAT	A I TDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante				nselho Profissional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO	
ROBERTO GRANGE GASPARELLI			06		32428		41	225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dad						11			
1 - 1		spital / Local Solicitado RTOPEDIA ESPEC	IALIZADA L	TDA		11	sugerida p 024 00:0	ara Internação 0	
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte	rnação 24 - Re	gime de Internação	25 - Qtde. Diári	as Solicitadas 26 - F	Previsão de uso de OF	PME 27 - P	revisão de	uso de Quimioterápico	
1 C		1	1		S			N	
28 - Indicação Clínica LESÃO LIGAMENTAR JOELHO ESQUER	(DO								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcio	onal) 32 - Cl	D 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	Acidente (aci	idente ou c	loença relacionada)	
	. () () [)	3(3)(3)		- () (-)	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		9	,	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solid	citados								
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30733065	36 - Descriç		IM MENISCO	DDOCEDIMEN.	TO VIDEOARTRO		Qtde. Soli		
1- 22 30733065 2- 22 30733073		OU SUTURA DE U TRUCAO, RETENC						2 1	
3- 22 30731216		OSICAO DE MAIS I				1		1	
4- 18 60000554	DIARIA D	E APARTAMENTO	SIMPLES			1		1	
5- 18 60024151	ALUGUE	LTAXA DE APARE	LHO / EQUIP	AMENTO PARA	ARTROSCOPIA	PAR 1		1	
6-							 _	_	
7- _	ı ———					l	lll	_ _ _	
8- _							_		
9-						<u> </u>	<u> </u>		
10-									
11-							_ 	 	
Dados da autorização							111	111	
	40 - Qtde Diárias	Autorizadas 41 -	Tipo de Acomoo	ação autorizada					
	1	12	.,,	-,					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	11	Hospital / Local Autor						44 - Código CNES	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104									
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/03/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL									
, , , , , , ,									
46 - Data da Solicitação 47 - As	sinatura do Profis	sional Solicitante 48	3 - Assinatura de	Beneficiário ou Res	ponsável 49 - Ass	sinatura do F	Responsáv	el pela Autorização	



2 - Nº Guia no Prestador



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Ser		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94363688		94363688	11/03/2024 13:39		94363688
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8650001738516303							
8 - Nome							
LORAINE BARBOSA A	LBINO DOS SANTOS						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ROBERTO GRANGE G	ASPARELLI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESÃO LIGAMENTAR JOE LESÃO LIGAMENTAR JOE							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4	
1- 00 00499293 80356130052	CAI		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1	_ _ , _
2- 00 70627657	DI /		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	_ _ _ 1		1	,
10208610040	FLA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 	_ - - - - - - 	-1 '	
3- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			4	_ _ ,
80044680449	Dio		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_1 7	
4- _ _ _ _ _ _ _ _ _						_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 11/	03/2024 / Empresa / Titular:	CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA C	ENTRAL			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		