

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91538197

(Via HOSPITAL)

	==5										
1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela C	peradora								
343269					915	38197					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de \	Validade da Ser	nha						
14/06/2023 16	:31	915381	97	02/09	/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		11	- Validade da Cart	eira	9 - Atendiment						
8650001827748315 N											
50 - Nome Social											
10 - Nome											
ELISA LARA GONCALVES											
Dados do Contratado Soli	citante	10 Name	da Cantusta da								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	do Contratado E ORTOPEDIA	ESDECIAL	IZADA I TDA						
14 - Nome do Profissional So	olioitonto	ONIONI	L OKTOI LDIA		5 - Conselho Profiss	ional II	16 - Número do Cons	selho 17 - UF	18 - Código CBO		
ALEXANDRE RIBEIRA				06		28281 41		225270			
Dados do Hospital / Local			ăo						JL		
19 - Código na Operadora / 0		,	ospital / Local Solic	itado				21 - Data sugerida	para Internação		
10.246.214/0001-04		UNIORT E O	RTOPEDIA ES	PECIALIZA	DA LTDA		(06/07/2023 00:	7/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnação 24 - R	Regime de Internação	25 - Qtde	. Diárias Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OPME	27 - Previsão de	uso de Quimioterápico		
1	c		1		1		s		N		
28 - Indicação Clínica M235 RECONSTRUÇÃO		<u>'</u>									
20. CID 40 Principal (anniant	-1) 20 OID 4	0(2) (opcional)	1 24 CID 40(2)	(i)\	00 CID 40(4) (I	22	Janta (anidanta a	d		
29 - CID 10 Principal (opcion	ai) 30 - CID 1	u(z) (opcionai)	31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID 10(4) (opcio	onai) s	33 - Indicação de Acio	ente (acidente ou 9	doença relacionada)		
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Solic	citados						-			
	do Procedimento	36 - Descr	ição					37 - Qtde. Sc	olic. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 30733049			-	ΓΙΑ - ESTABI	LIZACAO, RES	SECCAC	E/OU PLASTIA		1		
2- 22 30733073							D LIGAMENTO CF	₹ 1	1		
3- 22 30731216					NDAO - TRATAN			1	1		
4- 18 60000805							EIRO PRIVATIVO		1		
5- 18 60024151	1111	ALUGUI	ELIAXA DE AP	AKELHO/E	QUIPAMENTO	AKA AI	RTROSCOPIA PA	R1	1		
7-	_ _							_	 _		
8-	,,										
9-	_ _ _										
10- _	_ _ _										
11-	_ _ _										
12- _	_ _ _							_			
Dados da autorização			11								
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas				41 - Tipo de Ad	comodação autoriza	da					
42 - Código na Operadora /		do Hospital / Local						14 - Código CNES			
1 1				/ Local Autorizado 44 - Código CNES PEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104							
45 - Observação / Justificativ	/a										
Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / Em	itido em 14/06	/2023 /AUTORIZA	ADO CONFOR	ME UNIMED DE	ORIGEM	/ Empresa / Titula	ar: CENTRAL NA	CIONAL UNIMED		
COOPERATIVA CENTRA	L										
46 Data da Caliaitação		ainatura da Df	ingianal Caligitanta	10 April	uro do Donoficiánia	ou Door -	agással 40 Agains	sturo do Doone === -			





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora									
343269	91538197		91538197	14/06/2023 16:31		91538197							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social												
8650001827748315													
8 - Nome													
ELISA LARA GONCAL	VES												
Dados do Profissional Solid	itante												
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	11	- E-mail									
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA												
Dados da cirurgia													
12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTA L M235 RECONSTRUÇÃO D AUTORIZADO CONFORM	E LCA DO JOELHO	REITO. ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRURGIO	CO POR VIDEOART	ROSCOPIA									
OPME Solicitadas													
13 - Tabela 14 - Código do I				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	3 - Valor Unitário Autorizado							
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4								
1- 00 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	_ ,	_ 1	_,							
2- 00		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1								
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '								
3- 00 00597007		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			2								
80044680085		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	,,		-1 -	1-1-1-1-1/1-1-1							
4-					_								
				 _									
6- _			_ _ _	_	_	_ _ , _							
				_	_ _								
24 - Especificação do Materia 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		DNFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular	: CENTRAL NACION	NAL UNIMED COOPERATIVA CE	ENTRAL								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização									