

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91844671

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atr	ribuído pela Oper	adora							
343269						91844	671				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid							
12/07/2023	3 14:29		91844671		09/10/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 0275335000542006	3		† †	alidade da Carteira	9	- Atendimento d N	ie Kin				
0275335000542006 31/08/2024 N								1			
50 - Nome Social											•
10 - Nome											
CLEVERSON INAC	IO KLE	N									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do (Contratado ORTOPEDIA E	SDECIAL IZAD	A I TDA					•
14 - Nome do Profission		nte	UNIORIE	JK TOPEDIA E			nal 16 - N	úmero do Con	solbo l	17 - UF	18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS					06	 			Sellio	41	225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado			-	ital / Local Solicitade	0				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	4	UN	NIORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA			24/07/2	023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimer	nto 23	- Tipo de Interna	ação 24 - Regir	me de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas :		le uso de OPME	27 - P	revisão de i	uso de Quimioterápico
1		С		1	1			S			N
28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA MEN	IISCAL (CONDRAL JO	ELHO DIREIT	0							
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CIE	10(4) (opciona	al) 33 - Inc	dicação de Acid	,		loença relacionada)
Drogodimentos ou Itor	o Appiets	naiaia Saliaita	ndon							9	
Procedimentos ou Iter 34 - Tabela 35 - Cóo			36 - Descrição)					37 -	Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307330			•	TOMIA - UM ME	ENISCO - PROC	EDIMENTO	VIDEOART	ROSCOPIC			1
2- 22 307330)49			NDROPLASTIA		•					1
3- 22 307330				RUCAO, RETEN							1
4- 22 307312 5- 18 600008				SICAO DE MAIS QUARTO COL					1 1		1
6- 18 600241				TAXA DE APAR	_		_	_			1
7-									 L_		
8-	ii								_		
9-	_									<u> _ _ </u>	_ _ _
10-	_ _ _								_		
	_ _ _	_							_	_	
12-		-								lll	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
39 - Data provavel da Ad	imissao n	ospitalar 40	- Qtde Diarias At	ntorizadas 41	- Tipo de Acomoda	içao autorizada					
42 - Código na Operado	ra / CNP.	J autorizado		Hospital / Local Auto	orizado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa T-lafora - O - Martin da (40) 2070 0000 / Francis - (Titalera MIMER DE O MILLER DE O											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/07/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE JOINVILLE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO											
		11:		10		5 6 11		The contract			
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneticiário ou	Kesponsável	49 - Assina	atura do F	kesponsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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 atribuío	do pela Operadora		
343269	91844671		91844671	12/07/2023 14:29		91844671		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0275335000542006								
8 - Nome	JL							
CLEVERSON INACIO K	LEN							
Dados do Profissional Solici								
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	1 1	1 - E-mail				
MARCUS VINICIUS DA		To Toloidile						
Dados da cirurgia	··							
12 - Justificativa técnica								
LESAO DO LCA + MENISC	AL + CONDRAL JOELHO DIREITO							
LESAO DO LCA MENISCA	L CONDRAL JOELHO DIREITO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do N				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET		1		_ 1	,		
80777280006	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD		_!_ _ _				
2- _			_	_	_	_ _ , _		
		_			_ _			
3-			_ - - -		_	_ _ , _		
					!! 			
,					_l	,		
					 _	_ _ , _		
·	_ 					11117111		
6-					 _	,		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/07/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE JOINVILLE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				