

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

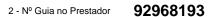
92968193

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gu	ia Atribuído pela	a Operadora		92968193	3						
4 - Data da Autorização 25/10/2023	15:12 5 - Seni		6 - Data de Valid	dade da Senha 30/12/2023								
25/10/2023 15:12 92968193 30/12/2023 Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 117000002154534 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome VITOR HUGO DA SILVA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operador	a	11	ne do Contratado									
10.246.214/0001-04		UNIOR	RT E ORTOPEDIA ES									
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ					elho Profissional	16 - Número do Cons 17905	selho 17 - UF 41	18 - Código CBO 225270				
Dados do Hospital / Lo	cal Solicitado / D	ados da Interna	ação			_J						
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - N			Hospital / Local Solicitado	11	21 - Data sugerida para Internação 30/10/2023 00:00							
22 - Caráter do Atendimen		l L	- Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias		Previsão de uso de OPME		uso de Quimioterápico				
1	С		1	1		s		N				
29 - CID 10 Principal (op	cional) 30 - CII	0 10(2) (opciona	il) 31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acid	ente (acidente ou	doenca relacionada)				
25 Old To Timolpal (opcional)		-() (-1	polonial)			9		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
Procedimentos ou Iten												
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330 2- 22 307312 3- 98 080110 4- 18 600241 5-	73 16 46	RECO TRAN PCT L ALUG	ONSTRUCAO, RETEN ISPOSICAO DE MAIS LIGAMENTOPLASTIA GUELTAXA DE APAR	DE 1 TENDAO LUNIORTE - ENI ELHO / EQUIPA	TRATAMENT	O CIRURGICO ARTROSCOPIA PA	1 1	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1				
Dados da autorização												
39 - Data provável da Ad	mıssäo hospitalar	40 - Qtde Diá	rias Autorizadas 41 41 41 41 41 41 41 41 41 41 41 41 41	- Tipo de Acomodaç	ao autorizada							
42 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		11	ne do Hospital / Local Auto		LTDA			44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/10/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME PARAFUSO IN TERFERENCIA REABSORVIVEL - por nao haver evidencia literaria que comprove a superioridade do uso de parafusos absorviveis em detrimento aos parafusos metalico s nas cirurgias ligamentares do joelho. SOLICITADO COMO COMPELEMTNO NA GUIA 93035461 ADEQUAÇÃO DE OPME CONFORME ACEITE DO MEDICO / Empres a / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

Unimed A

"	Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído							
343269	92968193		92968193	25/10/2023 15:12		92968193						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social											
1170000002154534												
8 - Nome												
VITOR HUGO DA SILVA												
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solicitante		10 - Telefone	11	- E-mail								
ALEXANDRE DE OLIVEIRA	A QUEIROZ											
Dados da cirurgia												
	KO ORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL A	AO OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSOR\ 'ADO COMO COMPELEMTNO NA GUIA 93035461 A				e parafusos absorviveis em						
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do Mater				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado						
21 - Registro ANVISA do Material 1- 00 00590045	22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento								
1- 00 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 2	_ _ , _						
2- 00 70627657		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA			1 1							
10208610040		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		₁ ₁ ₁ ₁ ₁ ₁ ₁	_l '							
3- 00 00116700		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1 1							
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-1	1						
4-				_	_	_ ,						
5- _				_	_	,						
					_							
6- _				_	_	_,						
24 - Especificação do Material												
25 - Observação / Justificativa												
comprove a superioridade do us		RCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVO afusos metalicos nas cirurgias ligamentares do joelho DE TRABALHO MEDICO										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização								