

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92236627

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número	da Guia Atrib	ouído pela Op	eradora			92236	6627				
4 - Data da Autorização 17/08/2023	11	- Senha	9223662	6 - Data de Va		Senha /11/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			11	Validade da Cartei	ra	9 - /	Atendimento (de RN				
8650001773614111	<u> </u>		31	/03/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome GUILHERME DA SILVA PEREZ												
Dados do Contratado	Solicitante											
12 - Código na Operado			13 - Nome do									
10.246.214/0001-04			UNIORT E	ORTOPEDIA	ESPECI							
14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI						15 - Conse 06	elho Profission	- 11	16 - Número do C 18734	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solicitad	do / Dados d	la Internação)								
19 - Código na Operado		11		spital / Local Solicita						11		ara Internação
10.246.214/0001-04	,					ZADA LTDA				28/08/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimer 1	nto 23 - Tip	po de Internaç C	ão 24 - Re	gime de Internação 1	25 - C	tde. Diárias : 1	Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OF S	PME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica LESÃO DO LCA JOEI												
29 - CID 10 Principal (op	ocional) 3	0 - CID 10(2)	(opcional)	31 - CID 10(3) (o	pcional)	32 - CID 1	10(4) (opciona	al)	33 - Indicação de <i>l</i>	Acidente (ac	cidente ou c	loença relacionada)
											9	
Procedimentos ou Iter												
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 1 2- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1 3- 98 08011046 PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - ENF 1 1 4- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1												
5- 18 600241	151		ALUGUEI	LTAXA DE APA	RELHO	/ EQUIPAI	MENTO PA	RA AF	RTROSCOPIA	PAR 1		1
6-												
Dados da autorização 39 - Data provável da Ad		nitalar 140	Qtde Diárias	Autorizadas 114	1 - Tipo de	Acomodas	ão autorizada					
39 - Data provavel da Ad	amissao nosp	oltalar 40 -	1	Autorizadas 4		e Acomodaç	ao autorizada					
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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED CO OPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
40 - Daia da Solicitação		11 47 - ASSINAI	ura do Profis	Sional Solicitante	11 40 - ASS	matura do B	enenciario ou	rcespor	⊓saver II49 - AS	รทาสเนาส ดิง	responsav	ei peia Autorizacao



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

Unimed #

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	- Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92236627		92236627	17/08/2023 11:37	92236627			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
8650001773614111									
8 - Nome									
GUILHERME DA SILVA	PEREZ								
Dados do Profissional Solid	itante								
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	I - E-mail				
MARCUS VINICIUS DA	NIELI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica LESÃO DO LCA JOELHO LESÃO DO LCA JOELHO AUTORIZADO CONFORM	DIREITO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mat	rial	22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização					
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET		<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1			
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _				
2- 00 72320907	DIS		E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	11	,	_ 1			
80044680067	DA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
3- 00 00597007 80044680085	PA		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1			
4-		ARTHROW COWERC	TO DE IMPLANTESON TOPEDICOSETDA		_				
 									
1		IIIIII							
					_,				
6-						 _			
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
	- 11			- 11					