

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91157135

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	dora								
343269							9115	7135				
4 - Data da Autorização 11/05/2023 1	5 - Senh		1157135	6 - Data de Va		Senha 07/2023						
Dados do Beneficiário	3.30		1137133		10/	0172023						
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteir	ra	9 -	Atendimento	de RN				
1470000002064420			31/12	2/2023			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
DAVI PIMENTA MEN	EGUCI											
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		- 11	Nome do Co	ontratado RTOPEDIA I	ESPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional S	Solicitante						elho Profissio	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OL	VEIRA QUEI	ROZ				06			17905		41	225270
Dados do Hospital / Loca			•							1		
19 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ	11	•	II / Local Solicita PEDIA ESP		ADA LT	DA			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	<u> </u>		e de Internação		tde. Diárias		26 - Pr	evisão de uso de OF	<u> </u>		uso de Quimioterápico
2	С			1		1			S			N
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EN	A ANEVO											
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CID	10(2) (opc	cional) 3	1 - CID 10(3) (o _l	pcional)	32 - CID	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	Acidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
											9	
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código			- Descrição							37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065			•	SUTURA DI	E UM ME	NISCO -	PROCEDII	MENT	O VIDEOARTRO		- Qiue. Joii	1
2- 22 30733073				•					O LIGAMENTO			1
3- 22 30731216 4- 18 60000554				CAO DE MAI APARTAMEN			- IKAIAM	ENIO	CIRURGICO	1		1
5- _		_									_	
6-										L	_	
7-		_									_	
9-	- _ _	_ _ _									_!!! _	 _
10-		_i									_iii	
11-		_								_	_	
Dados da autorização		_								l_	_	
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
			1	1	2							
42 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ autorizad	11		ospital / Local Au								
45 - Observação / Justificativa												44 - Código CNES 6528104
								ME UNI	MED DE ORIGFI	M/ 005970	07 EM AN	6528104
45 - Observação / Justificat Telefone Contratado: (43 250872 / Empresa / Titula	3)3372-0900 / E	mitido em	11/05/2023	3 /PARCIALME	ENTE AUT	ORIZADO	CONFORM	ME UNI	MED DE ORIGEI	М/ 005970	07 EM AN	6528104
Telefone Contratado: (43	3)3372-0900 / E	mitido em	11/05/2023	3 /PARCIALME	ENTE AUT	ORIZADO	CONFORM	ME UNI	MED DE ORIGEI	M/ 005970	07 EM AN	6528104





GUIA DE SOLICITAÇÃO 2-Nº DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia	de Solic	itação de Internação		4 - Data da Autori	zação			
343269				91156413	11/05	/2023 15:30			
5 - Senha	4 -			6 - Número da	Guia Atribuido pela	Operadora			
91157135 91157135									
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira			31 - Nome Social						
147000000206442	0								
8 - Nome									
DAVI PIMENTA MI	ENEGUCI								
Dados do Contratado	Solicitante								
9 - Código na Operadora	a		10 - Nome do Contratado						
10.246.214/0001-0	4		UNIORT E ORTOPEDIA E	SPECIALIZA	ADA LTDA				
11 - Nome do Profission	al Solicitante			12 - Cons	elho Profissional	13 - Número d	o Conselho	14 - UF	15 - Código CBO
ALEXANDRE DE O	OLIVEIRA QUEIRO	oz		06		17905		41	225270
Dados da Internação									
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitadas	17 -Tipo	da Acomodação Solicitada	1					
1	İ		12						
18 - Indicação Clínica									
INDICAÇÃO CLINICA	EM ANEXO								
-									
Procedimentos ou Iter	ns Assistenciais Adici	ionais S	Solicitados						
19 - Tabela 20 - Cóo	digo do Procedimento	21	- Descrição				22	- Qtde. Soli	c. 23 - Qtde. Aut
1- 22 307330	065	RI	EPARO OU SUTURA DE UM	MENISCO -	PROCEDIMENT	O VIDEOART	ROSC 1		1
2- 22 307330	073	RI	ECONSTRUCAO, RETENCIO	ONAMENTO (OU REFORCO D	O LIGAMENT	O CR 1		1
3- 22 307312	216		RANSPOSICAO DE MAIS DE		- TRATAMENTO	CIRURGICO	1		1
4- 18 600005	554	DI	ARIA DE APARTAMENTO	SIMPLES			1		1
5-		_						_	_
6-							<u> </u> _	-	
7-							<u> </u> _	-	
8-							l_	_	
Dados da autorização									
24 - Qtde. Diárias Adicio	11		da Acomodação Autorizada						
1		12							
26 - Justificativa da operadora									
07. 01									
27 - Observação / Justif Telefone Contratado:		itido em	11/05/2023 /PARCIALMENTE	AUTORIZADO	CONFORME UN	IIMED DE ORIG	SEM/ 005970	07 EM ANA	ÁLISE NA GUIA 91
			PROCOPIO COOPERATIVA DI						
28 - Data da Solicitação	29 - Ass	sinatura	do Profissional Solicitante 30 -	Assinatura do F	Responsável pela Au	ıtorização			



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Referenciada 91157135		4 - Senha 91157135		5 - Data da Autorização 11/05/2023 15:30	6 - Número da Guia atribuí	ído pela Operadora 91157135
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1470000002064420							
8 - Nome DAVI PIMENTA MENEC	BUCI						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone		11 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A PARCIALMENTE AUTORIZ	NEXO	ED DE ORIGEM/ 00597007 E	M ANÁLISE NA GUIA 91250872				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici no de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SET		2		_ 2	_ _ _ ,
80777280006		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	OSLTDA _ _ _ _			
2-				_ _		_	,
	_ _ _		_ _ _ _		<u> _ _ _ _ _ _ </u>	_	
3-	_				.	_	_ _ _ ,
4-		IIIIII	-		·! -	 	,
	_ _ _ _ _					_	I—I—I—I'I—I
5- _						_	_ _ , _
			 _ _ _ _ _ _ _ _ 			_ _	
6- _	_ _ _					_ _	,
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 ATIVA DE TRABALHO MEI		05/2023 /PARCIALMENTE A	UTORIZADO CONFORME UNIMED	DE ORIGEM/ 00597007 EM ANÁL	ISE NA GUIA 91250872 / Empresa	/ Titular: UNIMED CORNE	ELIO PROCOPIO COOPER
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização		