

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95057488

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 95057488 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 09/05/2024 10:31 95057488 19/07/2024 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 8650004377968004 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome ELISANGELA DE SOUZA FERNANDES DE OLIVEIRA Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO 06 28617 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 15/05/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação C 1 S Ν 1 28 - Indicação Clínica RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30731119 TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 2- **22** 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 3- **22** 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 4- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 7- |__|_| 8- |__|_| 9- | | | 10-| | | 11-12-I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/05/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

·	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	05057400	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	25057400
343269		95057488		95057488	09/05/2024 10:31		95057488
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
8650004377968004							
8 - Nome							
ELISANGELA DE SOUZA FERNANDES DE OLIVEIRA							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário	Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1	_ ,	_ 1	í <u>—</u> I—I
80743230025 2- 00 70627657	DI A		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
2- 00 70627657 10208610040	PLA		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	- -	_ 1	;II
3- 00 00597007	DAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1	
80044680085	171		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		י י י	_ '	·II
4- 00499293	CAI		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	1		1	
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- _					_	_	
						_ _	
6- _					_ _ _ , _	_	<u> </u>
	_		_			_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/05/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		