

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94967370

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - I | Número da Guia | Atribuído p | ela Operac | dora | | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 343269 | | | | | | | 9496 | 7370 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 94 | | | 967370 | 6 - Data de Valid | | enha 07/2024 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | 11 | dade da Carteira | | 9 - | Atendimento | de RN | | | | |
| 0050000014375977 50 - Nome Social | | | 30/10 | /2025 | | | N | | | | | |
| 30 - Nome Social | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome CARLOS DONIZETE ESTEVES | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solic | itante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | | - 11 | ome do Co | intratado RTOPEDIA ES | SDECIA | 117404 | LTDA | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Sol | licitante | ONIC | KI E O | NIOPEDIA EX | | | elho Profissio | nal I | 16 - Número do 0 | Conselho | 17 - UF | 18 - Código CBO |
| ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA | | | | | - 11 | 06 28281 | | | | Jonseino | 41 | 225270 |
| Dados do Hospital / Local S | | | - | | | | | | | 1 | | |
| 19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04 | 11 | | | I / Local Solicitado PEDIA ESPE | | ADA LT | DA | | | 11 | a sugerida p 2024 00: 0 | oara Internação 00 |
| 22 - Caráter do Atendimento | 23 - Tipo de Inte | rnação 2 | 24 - Regime | e de Internação | 25 - Qto | de. Diárias | Solicitadas | 26 - Pre | visão de uso de Ol | PME 27 - | Previsão de | uso de Quimioterápico |
| 28 - Indicação Clínica | | | | | 11 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) | | 0(2) (opcior | ional) 31 - CID 10(3) (opcional) | | | 32 - CID 10(4) (opcional) | | | 33 - Indicação de | Acidente (a | cidente ou d | doença relacionada) |
| Procedimentos ou Itens As | sistenciais Solid | citados | | | | | | | | | | |
| 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011081 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6- | o Procedimento | REP OST PCT DIAF | EOCONI ARTRO RIA DE (| SUTURA DE DROPLASTIA SCOPIA DE JO QUARTO COL IXA DE APARI | - ESTAI DELHO ETIVO I | BILIZAC UNIORT DE 2 LEI | AO, RESS E - ENF TOS COM | ECCAC BANHE | E/OU PLAST | OSC 2 IA# 1 1 VO 1 | - Qtde. Sol | ic. 38 - Qtde. Aut. 2 1 1 1 1 |
| Dados da autorização | ão hoopitalor | 40 Otdo D | Náriaa Auta | rizodos 14 | Tipo do | Assmadas | ão outorizad | \neg | | | | |
| 39 - Data provável da Admiss | ao nospitalar 4 | 40 - Qtde D | narias Auto | arizadas 41 - | - про ае | Acomodaç | ão autorizad | a | | | | |
| 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 02/05/2024 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável 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 atribuí | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | |
|--|---|--|---|---|-----------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 343269 | 94967370 | | 94967370 | 02/05/2024 08:08 | | 94967370 | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | 29 - Nome Social | | | | | | | | |
| 0050000014375977 | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | , | | | | | | | | |
| CARLOS DONIZETE ES | STEVES | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solici | tante | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicit | ante | 10 - Telefone | 11 | - E-mail | | | | | |
| ALEXANDRE RIBEIRA | PROVENZA | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica PACIENTE SOFREU ENTO | RSE DE JOELHO DIREITO, DOR INTENSA COM PIC | DRA PROGRESSIVA, EVOLUIU COM ROTURA DE N | IENISCO LATERAL E | E MEDIAL. ENCAMINHO PARA 1 | RATAMENTO CIRURGIO | CO POR VIDEOARTROSCOPI | | | |
| VIDEOARTROSCOPIA DE | JOELHO DIREITO | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | 0 " " 1 40 1/4 11 "/ 1 0 " | | 20. 1/1. 11.1/1. 4.1.1.1 | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate | | rial no fabricante | 16 - Opçao 17 - Qtde 23 - Nº Autorização | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento | itado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitario Autorizado | | | |
| 1- 00 78898676 | | AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D | | | _ 4 | , | | | |
| 80044680449 | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | -1 | 111/11 | | | |
| 2- 00 00116700 | CANETA ABLACAO RF STRI | PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 | <u> </u> 1 | _ _ , | _ 1 | _ _ , _ | | | |
| 80743230025 | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | | | |
| 3- _ | | | | _ | _ | , | | | |
| | | | _ _ _ | _ _ _ _ | _ | | | | |
| 4- _ | | | | _ | _ _ | , | | | |
| | | _ | | _ _ _ _ _ | _ | | | | |
| 5- _ | | | | _ | _ | , | | | |
| 6- | | - | | _ _ _ _ | _ _ | | | | |
| | | | | _ | -ı ı—ı—ı—ı _ll | - | | | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | | |
| . , | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/05/2024 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | | | | |
| | | | | | | | | | |