

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95378362

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Opera	dora							
343269		95378362						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 95378362	6 - Data de Validade da Senha 10/08/2024							
Dados do Beneficiário								
i ii	lidade da Carteira 9	- Atendimento de RN						
8650003044457007		N .						
50 - Nome Social								
10 - Nome DOUGLAS HENRIQUE LOPES MORAIS								
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora 13 - Nome do C		A 1 TD A						
	RTOPEDIA ESPECIALIZAD		\[\(\text{\tinc{\text{\tin}\text{\tex{\tex	" ][ 15][ 0/" 000				
14 - Nome do Profissional Solicitante15 - Conselho Profissional16 - Número do Conselho17 - UF18 - Conselho ProfissionalALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ17905412252								
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação								
1	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 21 - Data sugerida para Internação 15/06/2024 00:00							
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regim	e de Internação 25 - Qtde. Diária 1 1	s Solicitadas 26 - Pr	revisão de uso de OPM <b>S</b>	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico  N				
28 - Indicação Clínica		I L		L				
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID	0 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Ac	sidente (acidente ou doença relacionada)  9				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados								
2- 22 30733049 OSTEOCON 3- 22 30733073 RECONSTR 4- 22 30731216 TRANSPOS 5- 18 60000554 DIARIA DE 6- 18 60024151 ALUGUELT 7-	J SUTURA DE UM MENISCO DROPLASTIA - ESTABILIZA( UCAO, RETENCIONAMENTO ICAO DE MAIS DE 1 TENDAC APARTAMENTO SIMPLES AXA DE APARELHO / EQUIPA	CAO, RESSECCA OU REFORCO D - TRATAMENTO AMENTO PARA A	O E/OU PLASTIA OO LIGAMENTO O O CIRURGICO ARTROSCOPIA P	A# 1 1 1				
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Aut	orizadas 41 - Tipo de Acomoda	ação autorizada						
1	12	., aatonzada						
1 1	ospital / Local Autorizado RTOPEDIA ESPECIALIZAD	A LTDA		44 - Código CNES <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA 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

· II	- Número da Guia Referenciada 4 - Senha		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		95378362		95378362	06/06/2024 14:20	95378362				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
8650003044457007										
8 - Nome										
DOUGLAS HENRIQUE LOPES MORAIS										
Dados do Profissional Solici										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	11	- E-mail					
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETEN RECONSTRUCAO RETENO AUTORIZADO CONFORME	CIONAMENTO OU REFOR									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 00 70627657	PLA		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	_  1	,	_  1				
10208610040 2- 00 00597007	DAG		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB		_ _ _ _					
2- <b>00 00597007 80044680085</b>	PAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1	-	_  1				
3- <b>00499293</b>	CAI		O OB F 2,9X5,5MM 892350000			_  2    _ _ , _				
80356130052	OA!		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>						
4-						_				
					 _					
5-   _				_   _ -	_	_				
	_				_	_ _				
6-					_					
	_									
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa		0.000.4 (41).TC.T.T.T.T.T.T.T.T.T.T.T.T.T.T.T.T.T.T		05155						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					