

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93055602

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora														
343269		93055602												
4 - Data da Autorização 03/11/2023 09:32 5 - Senha		93	93055602 6 - Data de Validade 6			a Senha 9/01/2024								
Dados do Beneficiário														
7 - Número da Carteira 9856005006786006		8 - Validade da Carteira 30/06/2023				Atendimento N	de RN							
50 - Nome Social												1		
Too Home Coolar													•	
10 - Nome LUIZ CARLOS FERREIRA														
	Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado														
10.246.214/0001-04	ı		UNI	ORT E O	RTOPEDIA E	ALIZADA								
14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIF				RO			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 28617		17 - UF	18 - Código CBO 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 20/11/2023 00:00											0			
22 - Caráter do Atendimen	23 -	Tipo de Inter	rnação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - C	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF S	PME 27 - I	Previsão de i	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica LESÃO DOS MENISC														
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			0(2) (opci	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			oença relacionada)		
Procedimentos ou Iten	s Assiste	nciais Solic	itados											
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 98 080110 4- 18 600003 5- 18 600241 6-	65 49 81 84 51	l_l_l_l	RE OS PC DIA	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 20 PROPEDIMENTO VIDEOARTROSC 2 2 PROPEDIMENTO VIDEOARTROSC 2 2 PROPEDIMENTO VIDEOARTROSC 2 2 PROPEDIMENTO VIDEOARTROSC 2 2 PROPEDIMENTO PROP									2	
11-		! 									_ _	-II -		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada														
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 1 1 1 1 1 1 1 1														
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local A UNIORT E ORTOPEDIA							ALIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104	
	45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DA AMAZO													



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 93055602 93055602 03/11/2023 09:32 93055602 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9856005006786006 8 - Nome **LUIZ CARLOS FERREIRA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica LESÃO DOS MENISCOS MEDIAL + OSTEOCONDRAL EM JOELHO DIR/ ESQ LESÃO DOS MENISCOS MEDIAL OSTEOCONDRAL EM JOELHO DIR ESQ AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00116700 1- 00 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|__|, 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DA AMAZONIA OCIDENTAL 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização