

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93056656

(Via HOSPITAL)

| 1 " | - Número da Gu | ia Atribuído | pela Opera | ndora | | | 0205/ | 2050 | | | | |
|---|------------------|--------------------------|---|---|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------------|
| 343269 | 5 - Sent | | | 6 - Data de Vali | idada da G | Ponho I | 93056 | 5656 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 03/11/2023 1 | i i | | 3056656 | 6 - Data de Vali | | 01/2024 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | _ | | | |
| 7 - Número da Carteira 8650003900477009 | | 8 - Validade da Carteira | | | 9 - | Atendimento N | de RN | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome CATIA CRISTINA FE | RREIRA ALV | 'ES | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Sol | icitante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 11 | Nome do C | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | | | | | | | | | , | |
| 14 - Nome do Profissional S DANIEL FERREIRA F | VIEIRA | Α | | | 1 | | | 16 - Número do C 1 9475 | onselho | 17 - UF | 18 - Código CBO 225270 | |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04 | CNPJ | 11 | ome do Hospital / Local Solicitado RT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ | | | ZADA LTDA | | | 11 | | ta sugerida para Internação /2023 07:00 | |
| 22 - Caráter do Atendimento | 23 - Tipo de la | | 24 - Regim | ne de Internação | 25 - Qt | tde. Diárias | Solicitadas | 26 - Prev | isão de uso de OF | PME 27 - 1 | Previsão de | uso de Quimioterápico |
| 28 - Indicação Clínica | | | | <u> </u> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) M751 | | | ocional) 31 - CID 10(3) (opcional) | | | 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - | | | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 | | | |
| Procedimentos ou Itens A | Assistenciais So | olicitados | | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6- |) | AC RU RE DI | IPTURA D SSECCA ARIA DE | LASTIA - PRO DO MANGUITO O LATERAL D QUARTO COL AXA DE APAR | O ROTAI DA CLAV LETIVO | DOR - PR /ICULA - DE 2 LEI | OCEDIME PROCEDII TOS COM | NTO VII MENTO BANHE | DEOARTROS VIDEOARTRO IRO PRIVATIV | COP 1 COSC 1 OSC 1 | - Qtde. Sol | ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 |
| 39 - Data provável da Admi | ssão hospitalar | 40 - Qtde | Diárias Aut | orizadas 41 | - Tipo de | Acomodaç | ão autorizada | а | | | | |
| | /ONE | | 1 | 1 | | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA 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: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL | | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | 47 - 1 | assinatura (| O Profission | nal Solicitante | 48 - Assii | natura do B | eneficiário ou | ı kespon: | savei 49 - As: | sınatura do | kesponsáv | el pela Autorização |



2 - Nº Guia no Prestador

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

Unimed A

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 93056656 93056656 03/11/2023 10:12 93056656 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 8650003900477009 8 - Nome CATIA CRISTINA FERREIRA ALVES Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica **EM ANEXO** LESAO DO MANGUITO ROTADOR ESQUERDO 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 72549912 ANCORAS JUGGERKNOT E JUGGERKNOTLESS - 010000324: 1.45 MM J 80044680279 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00162477 CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2.9X5.5MM 891710000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00608459 PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2.36X198MM IIIA 80082910131 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00241202 TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009 80371250020 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|_|,|__| 00622494 **GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 74201000** 80356130057 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: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização