

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92497912

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	Atribuído p	pela Operad	dora									
343269	5 - Senha						924979	912					
4 - Data da Autorização 12/09/2023 10:	92	497912	6 - Data de Va		Senha 11/2023								
Dados do Beneficiário									_				
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Carteira			9 -	Atendimento de	e RN					
8650003775929000						N							
50 - Nome Social													
10 - Nome WILLIAM BATISTA DA SILVA													
Dados do Contratado Solio	itante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA													
14 - Nome do Profissional So RAFAEL MAURICIO B					15 - Conselho Profissional 16 - Número 28806			- Número do C <b>806</b>	2 Conselho   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 30/09/2023 00:00										0			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime de Internação 1			25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26			Previsão de uso de OPME 27 -		Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>		
28 - Indicação Clínica													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		0(2) (opcio	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID	32 - CID 10(4) (opcional) 33 - In			3 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados											
1- 22 30734053 2- 22 30101522 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	REC EXT DIA	TENSOS I RIA DE ( JGUELTA	JCAO, RETE FERIMENTO QUARTO CO XXA DE APA	S, CICAT DLETIVO   RELHO /	RIZES O DE 2 LEI EQUIPA	U TUMORES TOS COM B MENTO PAR	S - EXCI ANHEIR RA ARTI	SAO E RETA O PRIVATIV ROSCOPIA I	PR 2 ALH 1 O 1	- Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut.  2 1 1 1	
Dados da autorização	~	40 011.	D'' A		4 T . L	A	~	7					
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde I	Diárias Auto <b>1</b>	orizadas 4		Acomodaç	ão autorizada						
1 11			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código CN 6528104									44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL													
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura do	o Profission	al Solicitante	I 48 - Assir	natura do B	eneficiário ou F	Responsáv	/el   49 - Ass	inatura do	Responsávo	el pela Autorização	



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 92497912 92497912 12/09/2023 10:46 92497912 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 8650003775929000 8 - Nome **WILLIAM BATISTA DA SILVA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RAFAEL MAURICIO BELETATO** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica LESAO LIGAMENTAR BILATERAL + CISTO LESAO LIGAMENTAR BILATERAL CISTO 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 1- 00 71699317 ANCORA DE SUTURA ORTOPEDICA ANCORTEC - 103.00435 ANCORTE 10208610066 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 76221229 ANCORA EM PEEK COM INSERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR 2- 00 10247700123 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2.9X5.5MM 891710000 00162477 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização