

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90472034

(Via HOSPITAL)

	=3.								
1 " 11	Número da Guia	Atribuído pela	Operadora						
343269					9047	72034			
4 - Data da Autorização	5 - Senha	00.474	11	Validade da Se	1				
14/03/2023 09	:16	90472	2034	14/0:	5/2023				
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		11	8 - Validade da Cart	oira	9 - Atendiment	n de RN			
9700020009043491			29/02/2024	iona .	N				
50 - Nome Social						-			
10 - Nome									
EDGAR TAVARES DE	US								
Dados do Contratado Solid	citante								
12 - Código na Operadora		11	e do Contratado						
10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORTOPEDIA	A ESPECIAL	IZADA LTDA				
14 - Nome do Profissional So				11	5 - Conselho Profiss	- 11	16 - Número do Cons	11	18 - Código CBO
JOAO PAULO FERNA				0)6 		28617	41	225270
Dados do Hospital / Local							1/2		
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	11		Hospital / Local Solid ORTOPEDIA ES				11	1 - Data sugerida p 25/03/2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter		Regime de Internaçã		e. Diárias Solicitadas	los Bro	visão de uso de OPME		uso de Quimioterápico
1	C	nação 24 -	Regime de internaça	0 25 - Qide	1	20 - FIE	S	27 - Pievisao de	N
28 - Indicação Clínica						11		J L	
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID 10	D(2) (opcional)	31 - CID 10(3)	(oncional)	32 - CID 10(4) (opcio	nnal) [3	33 - Indicação de Acid	lente (acidente ou d	doenca relacionada)
25 OID TO TIMOIPAI (OPOIOTI		5(2) (opolorial)	01 012 10(0)	(opolorial)	02 012 10(1) (opole		inalouşuo uo nolo	9	aconiça rolacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados							
34 - Tabela 35 - Código d	lo Procedimento	36 - Des	crição					37 - Qtde. Sol	lic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30726190							TAMENTO CIRUI		1
2- 22 30733065 3- 22 30733073							VIDEOARTROS(LIGAMENTO CF		1
4- 22 30733073 4- 22 30731216			•		NDAO - TRATAN			2	2
5- 18 60000805				_	_	_	EIRO PRIVATIVO	1	1
6- 18 60024151		ALUGI	JELTAXA DE AP	ARELHO / E	QUIPAMENTO P	PARA AF	RTROSCOPIA PA	R 1	1
7-	_ _ _							_ _ _	
8-	_							_	
9-	_								
11-	_ 								
12-	_ _							_	 _
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar 4	10 - Qtde Diári	as Autorizadas	41 - Tipo de A	.comodação autoriza	da			
			1	1					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / L				I					
10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORTOPEDIA	A ESPECIAL	LIZADA LTDA				6528104
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43) AULO CONFEDERACAO	3372-0900 / Emi			ADO CONFOR	RME UNIMED DE (ORIGEM	/ Empresa / Titular	: UNIMED DO ES	STADO DE SAO P
46 Data da Calicitação	1 47 0	inatura da D-	oficaional Caliaitanta	1 40 April -	turo do Donoficiária	ou Door	acéval 40 Accina	turo do Dooperatio	rol polo Autorizos = -



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 5 - Data da Autorização 14/03/2023 09:16	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
070200 00712007 14/03/2020 03.10	90472034
Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social	
9700020009043491	
8 - Nome	
EDGAR TAVARES DEUS	
Dados do Profissional Solicitante	
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail	
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	
Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica REVALIDAÇÃO DA GUIA 89121797 REVALIDAÇÃO DA GUIA 89121797 AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM	
OPME Solicitadas	
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 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 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 _ 1	_ 1 _ _ , _
80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	
2- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB _ 1	_ 1
80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	
3- 00 70627657 PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA _ 1	_ 1
10208610040 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	
4- 00 71502718 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J 1	_ 1
80044680086 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	
5- 00 78898676 DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D _ 3 _ _ _ _ _	_ 3 _ ,
80044680449 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	
6- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 _ 1	_ 1
80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	
24 - Especificação do Material	
25 - Observação / Justificativa	
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDER	ACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referer	l t	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		90472034		90472034	14/03/2023 09:16		90472034
Dados do Beneficiário		T					
7 - Número da Carteira 9700020009043491		29 - Nome Social					
8 - Nome EDGAR TAVARES DEU	s						
Dados do Profissional Solici	ante						
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
JOAO PAULO FERNAN	DES GUERREIRO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica REVALIDAÇÃO DA GUIA 8 REVALIDAÇÃO DA GUIA 8 AUTORIZADO CONFORME	9121797						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do materi	ial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
7- 75043114 80083650067		TURA CIRURGICA TRANC	an no tadricante ADA UHMWPE COM AGULHA - 023415 HO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	1-09 1	de Funcionamento	_ 1	,
8-	-	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	IFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa		DO DE SAO PAULO CONFEDER	- - - - - - - - - - - - - - - -	PERATIVAS MEDICAS
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		