

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95652640

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pel	ela Operadora					
343269					9565	2640		
4 - Data da Autorização 01/07/2024 13:	5 - Senha	9565	6 - Data de	Validade da Se 16/09	nha 9/2024			
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Car	teira	9 - Atendimento	de RN		
1170000002185944					N			
50 - Nome Social								
10 - Nome FERNANDO FERRARI	SAITO							
Dados do Contratado Solic	itante							
12 - Código na Operadora		- 11	me do Contratado					
10.246.214/0001-04		UNIOF	RT E ORTOPEDIA					
14 - Nome do Profissional So MARCUS VINICIUS DA				- 11	5 - Conselho Profissio	16 - Número do 0	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local S			•					
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	11		o Hospital / Local Solid ORTOPEDIA ES		DA LTDA		21 - Data sugerida para Internação 15/07/2024 00:00	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	rnação 24	4 - Regime de Internaçã 1	25 - Qtde	e. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de Ol	PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)								
							9	
Procedimentos ou Itens As								
1- 22 30726220 2- 22 30733057 3- 22 30733049 4- 22 30733073 5- 22 30731216 6- 18 60000805 7- 18 60024151 8-	o Procedimento	OSTE MENII OSTE RECC TRAN DIARI ALUG	EOCONDROPLAS DNSTRUCAO, RE' NSPOSICAO DE N IA DE QUARTO (GUELTAXA DE AF	MENISCO - TIA - ESTAB TENCIONAM IAIS DE 1 TE COLETIVO DE	PROCEDIMENTO ILIZACAO, RESS ENTO OU REFOR NDAO - TRATAM E 2 LEITOS COM QUIPAMENTO PA	D VIDEOARTROSCOI ECCAO E/OU PLAST RCO DO LIGAMENTO IENTO CIRURGICO BANHEIRO PRIVATI ARA ARTROSCOPIA	TIA # 1 1 1	
39 - Data provável da Admiss	ao hospitalar 4	10 - Qtde Diá	árias Autorizadas 1	41 - Tipo de A	comodação autorizad	a		
42 - Código na Operadora / 0 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	i i	me do Hospital / Local	Autorizado	IZADA I TDA		44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43):						IRO COOPERATIVA DE		
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do F	Profissional Solicitante	48 - Assina	tura do Beneficiário o	u Responsável 149 - As	ssinatura do Responsável pela Autorização	





GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação				4 - Data da Autoria	zação			
343269					18/07/	/2024 08:34			
5 - Senha	1-9				ımero da Guia Atribuido pela Operadora				
			95844240						95844240
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira			31 - Nome Social						
1170000002185944	1								
8 - Nome									
FERNANDO FERR	ARI SAITO								
Dados do Contratado	Solicitante								
9 - Código na Operadora	<u> </u>		10 - Nome do Contratado						
10.246.214/0001-04	4		UNIORT E ORTOPEDIA	ESPECIALIZ/	ADA LTDA				
11 - Nome do Profission	al Solicitante			12 - Conse	elho Profissional	13 - Número d	o Conselho	14 - UF	15 - Código CBO
MARCUS VINICIUS	S DANIELI			06		18734		41	225270
Dados da Internação									
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitadas	17 -Tipo	da Acomodação Solicitada	7					
0			1						
18 - Indicação Clínica									
COMPLEMENTO 307	13072								
•									
Procedimentos ou Iten	s Assistenciais	s Adicionais S	Solicitados						
	ligo do Procedin		- Descrição				22	- Qtde. Soli	c. 23 - Qtde. Aut
1- 22 307130			ETIRADA DE ENXERTO OS	SSEO			1		1
2- _							L	_	
3-						_	_		
4-	_						_	_	
5- _	_	_ _ _					_	_	
6- _							_	_	
7-							L	_	
8-		_ _						_	
Dados da autorização									
24 - Qtde. Diárias Adicio	nais Autorizada	- 11 '	da Acomodação Autorizada						
0		1							
26 - Justificativa da oper	adora								
27 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
- State Commence of the Control of t									
28 - Data da Solicitação	2	29 - Assinatura	do Profissional Solicitante 30	- Assinatura do R	esponsável pela Au	torização			



Unimed A

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

·	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha	05050040	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído			
343269		95652640		95652640	01/07/2024 13:25		95652640		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
1170000002185944									
8 - Nome									
FERNANDO FERRARI S									
Dados do Profissional Solicit									
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail				
MARCUS VINICIUS DAN	IIELI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica LESAO DO LCA + MENISCO LESAO DO LCA MENISCO									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mater	vial na fahriaanta	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 72320907			DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			1			
80044680067	2.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			i ·	I—I—I—I"I—I—I		
2- 100066879	CA		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	_ 1		1			
81288540024			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,		-			
3- 00713074	PAI	RAFUSO CORTICAL 4,5X3	34MM PONTA MACHEANTE 102.3.34	5		_ 5	_ _ , _		
10209780031		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- _					_ _ _ , _	_	_ _ , _		
					_ _ _ _	_ _			
5- _					_ _ _ , _	_	_ _ _ ,		
	_				_ _ _ _ _	_ _			
6- _					_ _ _ _ ,	_	_ ,		
	_				_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				
20 Data da Obilottação	27 - Assiriatura do FT	onocional oblicitarito		20 - Assinatura ut	ο πουροποίνοι μοιά παιοπείος αυ				