

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94022790

(Via HOSPITAL)

1 "	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operac	dora								
343269						1	94022	2790				
4 - Data da Autorização 08/02/2024 15	5 - Senha		022790	6 - Data de Valid		04/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9941965275339001 9 - Atendimento de RN N												
50 - Nome Social												
10 - Nome MAILSON DE FREITAS TOLEDO												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		i i i	ome do Co		CDECIA	117404	LTDA					
10.246.214/0001-04	l'alta ata	UNIO	RIEU	RTOPEDIA E				1 4	C. Número do C		147 115	40. Cádina CDO
14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI				- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734			6 - Número do C 8734	onseino	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local S												
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIAL					ADA LTI	DA			11	a sugerida p 2024 00:0	ara Internação 00
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação 2	24 - Regime	e de Internação	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas	26 - Previs	são de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA MENISC	O JOELHO ES	QUERDA										
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 34 - Tabela 35 - Código d	o Procedimento	36 - D REP REC TRA	ONSTRU NSPOSI RIA DE /	SUTURA DE JCAO, RETEN CAO DE MAIS APARTAMEN' XA DE APAR	ICIONA S DE 1 T TO SIMF	MENTO (ENDAO : PLES	OU REFOR - TRATAMI	CO DO I	LIGAMENTO RURGICO	OSC 1 CR 1 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde D	iárias Auto 1	orizadas 41		Acomodaç	ão autorizada	1				
42 - Código na Operadora / 0 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11		spital / Local Aut		LIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



Unimed A

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

					1					
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	1	4 - Senha		5 - Data da Autorização	iído pela Operadora				
343269		94022790		94022790	08/02/2024 15:27		94022790			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9941965275339001										
8 - Nome										
MAILSON DE FREITAS	TOLEDO									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone					1 - E-mail					
MARCUS VINICIUS DA	NIELI									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica LESAO DO LCA + MENISC LESAO DO LCA MENISCO AUTORIZADO CONFORMI) JOELHO ESQUERDA									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento						
1- 00 00597007			A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	I I 1		_ 1				
80044680085						-ı ·	I—I—I—I"—I—I			
2- 00 72320893	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	I I 1		1				
80044680067	2.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ ''		-1 .	1-1-1-17-1-1			
3- 00499218	CAI		O AMC F 2,4X4,5MM 891630000	2		2				
80356130052	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					-1 -	I—I—I—I"—I—I			
4- 100540902	JUC		: JUGGERSTITCH DISPOSITIVO DE REPAR	I I 3		_ 3				
80044680474			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1	י -			
5-						_				
						_,,, _				
6-						 _l	,			
					_ _ _ _	_ _				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A										
	10- 4			100 4 1						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					