

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94145065

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número d	da Guia Atri	buído pela Ope	radora								
343269							94145	5065				
4 - Data da Autorização 21/02/2024	11	Senha	94145065	6 - Data de Va		Senha 04/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - \	/alidade da Carteir	a	9 - /	Atendimento	de RN				
183000001180784					N							
50 - Nome Social												
10 - Nome CLAUDETE LANGER DE OLIVEIRA												
Dados do Contratado S												
12 - Código na Operador 78.613.841/0001-61	a		13 - Nome do	Contratado AO EVANGEL	ICA RE	NEEICEN	ITE DE LO	MIDDIN	NΛ			
14 - Nome do Profissiona	I Solicitante		ASSOCIAC	AO LVANGLI			lho Profission		16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
LUCAS DA FONSE		н					06 26921				41	225270
Dados do Hospital / Lo			-									
19 - Código na Operador 78.613.841/0001-61	a / CNPJ	- 11		ital / Local Solicita		ICENTE	DE LOND	RINA			a sugerida p 2024 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendimen	o 23 - Tipo	o de Internaç	SOCIACAO EVANGELICA BENE								- Previsão de uso de Quimioterápico	
1		С		1		1			N			N
28 - Indicação Clínica VIDEOARTROSCOPIA	JOELHO E	SQUERDO)									
29 - CID 10 Principal (ope	cional) 30	- CID 10(2)) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID 1	0(4) (opciona	al) 3	3 - Indicação de A	scidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assistencia	ais Solicitad	dos									
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 98 090112 4- 18 600241	49 18	limento	OSTEOCO PCT ARTR	OU SUTURA DE NDROPLASTIA OSCOPIA DE A	A - ESTA JOELHO	BILIZACA - ENF	AO, RESSE	ECCAO	E/OU PLASTI	OSC 1 A # 1 1	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5-										_ _ _ _ _		
39 - Data provável da Ad	missão hospit	talar 40 -	Qtde Diárias A	utorizadas 4	1 - Tipo de	Acomodaçã	ão autorizada	a				
			1	1								
							44 - Código CNES 2550792					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 21/02/2024 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Conforme auditoria medica autorizad o, exceto codigo 00116700 conforme o manual do MAME / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURAO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	11	47 - Assina	itura do Profissi	onal Solicitante	48 - Assir	natura do Be	enericiario ou	ı kespon	savei 49 - Ass	inatura do	kesponsáv	eı pela Autorização 🤚



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		0.44.45.005	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		94145065			94145065	21/02/2024 14:12		94145065			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
183000001180784		29 - Nome Social									
8 - Nome											
CLAUDETE LANGER DE OLIVEIRA											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone		11 - E-mail						
LUCAS DA FONSECA E	ORGHI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica cisto backer com espaçamento sinovial joelho esquerdo VIDEOARTROSCOPIA JOELHO ESQUERDO PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Conforme auditoria medica autorizado, exceto codigo 00116700 conforme o manual do MAME											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	1	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizad	da 20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 76621995			AT - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120	DMM,CM	_ 2	,	_ 2	_ _ , _			
80777280105		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA							
2-						_	_	_ _ , _			
1	-		-				_ _				
·	·! 			'	 		_I	-			
4-		1-1-1-1-1-1-1-1		 							
5- _	.			l		_ _ _ , _	_	,			
						_ _ _ _					
6- _	<u> </u>					_	_	,			
			-	<u> </u>			_				
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 21/02/2024 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Conforme auditoria medica autorizado, exceto codigo 00116700 conforme o manual do MAME / Empresa / Tit ular: UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURAO											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					