

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94260084

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - I  | Número da Guia    | Atribuído r          | oela Operad            | dora                                   |                    |                          |                    |              |  |                                   |                           |                                    |
|---|-------------------|----------------------|------------------------|--|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------|--|-----------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| 343269  |                   |                      |                        |  |                    |                          | 94260              | 084          |  |                                   |                           |                                    |
| 4 - Data da Autorização<br>01/03/2024 14:   | 5 - Senha         | 94                   | 260084                 | 6 - Data de Val                        |                    | Senha<br>04/2024         |                    |              |  |                                   |                           |                                    |
| Dados do Beneficiário   | 20                | 94                   | 200004                 |  | 30/(               | J4/2U24                  |                    |              |  |                                   |                           |                                    |
| 7 - Número da Carteira  |                   |                      | 8 - Vali               | dade da Carteira                       | <u></u> а          | 9 -                      | Atendimento d      | de RN        | 7  |                                   |                           |                                    |
| 0050000000460608  |                   |                      | 04/06                  | /2025                                  |                    |                          | N                  |              |  |                                   |                           |                                    |
| 50 - Nome Social  |                   |                      |                        |  |                    |                          |                    |              |  |                                   |                           |                                    |
| 10 - Nome  FABIO ESTEVES CAM  | ARGO              |                      |                        |  |                    |                          |                    |              |  |                                   |                           |                                    |
| Dados do Contratado Solic   | itante            |                      |                        |  |                    |                          |                    |              |  |                                   |                           |                                    |
| 12 - Código na Operadora  |                   | - 11                 | lome do Co             |  | COECIA             | 11 17 A D A              | LTDA               |              |  |                                   |                           |                                    |
| 10.246.214/0001-04  | licitante         | UNIC                 | JRIEU                  | RTOPEDIA E                             | SPECIA             |                          |                    | nal 16       | - Número do C  | onselho                           | 1 17 - HE                 | 18 - Cádigo CBO                    |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante15 - Conselho Profissional16 - Número do Conselho17 - UF18 - Código CBOALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA062828141225270 |                   |                      |                        |  |                    |                          |                    |              | 1  |                                   |                           |                                    |
| Dados do Hospital / Local S   | Solicitado / Dad  | os da Inte           | ernação                |  |                    |                          |                    |              |  |                                   |                           |                                    |
| 19 - Código na Operadora / C<br>10.246.214/0001-04  | 11                |                      |                        | I / Local Solicita                     |                    | ADA LT                   | DA                 |              |  | 1                                 | a sugerida p<br>2024 00:0 | ara Internação                     |
| 22 - Caráter do Atendimento   | 23 - Tipo de Inte | rnação               | 24 - Regime            | e de Internação                        | 25 - Qt            | de. Diárias              | Solicitadas        | 26 - Previsã | io de uso de OP  | <u> </u>                          |                           | uso de Quimioterápico              |
| 1   | С                 |                      |                        | 1                                      |                    | 1                        |                    |              | S  |                                   |                           | N                                  |
| 28 - Indicação Clínica videartroscopia de joelho e  | sauerdo           |                      |                        |  |                    |                          |                    |              |  |                                   |                           |                                    |
|   |                   |                      |                        |  |                    |                          |                    |              |  |                                   |                           |                                    |
| 29 - CID 10 Principal (opciona  | al) 30 - CID 1    | 0(2) (oncic          | onal) 31               | - CID 10(3) (op                        | ocional)           | 32 - CID                 | 10(4) (opciona     | ıl) 33 -     | Indicação de 6   | cidente (a                        | cidente ou c              | doenca relacionada)                |
| 25 Old To Filliopal (opcional)  |                   | o( <u>=</u> ) (opoio | Speciality (operation) |  |                    | oz old lo(l) (opololial) |                    |              | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9 |                                   |                           |                                    |
| Procedimentos ou Itens As   |                   |                      |                        |  |                    |                          |                    |              |  |                                   |                           |                                    |
| 34 - Tabela 35 - Código d<br>1- 22 30733065<br>2- 22 30733049<br>3- 98 08011080<br>4- 18 60024151   | o Procedimento    | REF<br>OST<br>PCT    | ΓEOCONI<br>Γ ARTRO     | SUTURA DE<br>DROPLASTIA<br>SCOPIA DE J | A - ESTA<br>JOELHO | BILIZAC.<br>UNIORT       | AO, RESSE<br>- APT | CCAO E       | /OU PLASTI   | OSC 1<br>A # 1<br>1               | - Qtde. Soli              | ic. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1    |
| 5-  |                   |                      |                        |  |                    |                          |                    |              |  | _<br>   _<br>   _<br>   _<br>   _ |                           |                                    |
| Dados da autorização  39 - Data provável da Admiss  | ão hospitalar     | 40 - Otde F          | Diárias Auto           | orizadas 141                           | I - Tipo de        | Acomodac                 | ão autorizada      | 7            |  |                                   |                           |                                    |
| 35 - Data provaver da Admiss  | ao nospitalal     | 40 QIGC I            | 1                      | 12                                     |                    | Acomodaç                 | ao adionzada       |              |  |                                   |                           |                                    |
| 42 - Código na Operadora / C<br>10.246.214/0001-04  | CNPJ autorizado   | 11                   |                        | spital / Local Au                      |                    | ALIZADA                  | LTDA               |              |  |                                   |                           | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b> |
| 45 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3<br>46 - Data da Solicitação   | 3372-0900 / Em    |                      |                        |  |                    |                          |                    |              |  |                                   |                           | el pela Autorização                |





94260084

## Unimed A

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

|   | 3 - Número da Guia Referenciada |                              | 4 - Senha   | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora |                             |                                |
|---|---------------------------------|------------------------------|---|-------------------------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 343269  |                                 | 94260084                     |   | 01/03/2024 14:26        |   | 94260084                    |                                |
| Dados do Beneficiário   |                                 |                              |   |                         |   |                             |                                |
| 7 - Número da Carteira  |                                 | 29 - Nome Social             |   |                         |   |                             |                                |
| 0050000000460608  |                                 |                              |   |                         |   |                             |                                |
| 8 - Nome  |                                 |                              |   |                         |   |                             |                                |
| FABIO ESTEVES CAM   | ARGO                            |                              |   |                         |   |                             |                                |
| Dados do Profissional Solic                                   |                                 |                              |   |                         |   |                             |                                |
| 9 - Nome do profissional solici                               |                                 |                              | 10 - Telefone   | 11                      | 1 - E-mail                                  |                             |                                |
| ALEXANDRE RIBEIRA   | PROVENZA                        |                              |   |                         |   |                             |                                |
| Dados da cirurgia  12 - Justificativa técnica                 |                                 |                              |   |                         |   |                             |                                |
| PACIENTE COMDOR IMPO<br>videartroscopia de joelho es          |                                 | SQUERDO, COM PIORA PR        | OGRESSIVA, PROGREDIU COM LESÃO DE MENISO                            | CO LATERAL E LES        | ÃO OSTEOCONDRAL. ENCAMII                    | NHO PARA PROCEDIME          | NTO CIRURGICO POR VIDEOART     |
| OPME Solicitadas  13 - Tabela 14 - Código do I                | Material 15 -                   | Descrição                    |   | 16 - Opção 17 - Qtde    | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic     | itado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 21 - Registro ANVISA do Mate                                  | erial                           | 22 - Referência do mater     | rial no fabricante  | 23 - Nº Autorização     | de Funcionamento                            |                             |                                |
| 1- 00 100066879   | CAI                             |                              | ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-                             | <u> </u>                |   | _  1                        | ,                              |
| 81288540024<br>2- 00 00116700                                 | CAI                             |                              | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA<br>PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 |                         |   |                             |                                |
| 80743230025   | CAI                             |                              | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                                     | '<br>                   |   | _  1                        | _ _ , _                        |
| 3- <b>00 78898676</b>   | DIS                             |                              | AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D                              |                         |   | _  3                        | ,                              |
| 80044680449   |                                 | ARTHROM COMERC               | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                                     | .—.<br>                 | _   | -                           | ·                              |
| 4-   _  |                                 |                              |   | _                       | _   | _                           | _ _ , _                        |
|   | _ _ _ _                         |                              |   | _ _ _ _                 | _ _ _ _                                     | _                           |                                |
| 5-  | _ _ _                           |                              |   | <u> </u>                | _   | _ _                         | _ _ , _                        |
|   |                                 | _ _ _ _                      | -             -   | _ _ _ <br>              | _ _ _ _ _                                   | _ _                         |                                |
|   | <del> _ </del>                  |                              |   |                         |   | _l                          | -                              |
| 24 - Especificação do Material                                |                                 | I—I—I—I—I—I—                 |   | ı—ı—ı—l—l—              |   | <u></u>                     |                                |
| =   |                                 |                              |   |                         |   |                             |                                |
| 25 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3 |                                 | 03/2024 / Empresa / Titular: | ELIANA COIMBRA ESTEVES RESENDE CAMARGO                              |                         |   |                             |                                |
| 26 - Data da Solicitação                                      | 27 - Assinatura do Pr           | ofissional Solicitante       |   | 28 - Assinatura do      | o Responsável pela Autorização              |                             |                                |