

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93696830

(Via HOSPITAL)

A Parietre ANC	Oute Adulturida es	de Orienadare									
1 - Registro ANS 3 - Número da	Guia Atribuído pe	eia Operadora		936968	30						
4 - Data da Autorização 5 - Se		11	alidade da Senha	1							
10/01/2024 16:05	9369	96830	14/03/2	024							
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carte	eira	9 - Atendimento de	e RN						
8650003280425008				N							
50 - Nome Social				1							
10 - Nome DOUGLAS FERREIRA NEVES											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora	11	me do Contratado									
10.246.214/0001-04	UNIO	RT E ORTOPEDIA			I II do Número la G	S 1F	47 UE 10	10.07 % 000			
14 - Nome do Profissional Solicitante  DANIEL FERREIRA FERNANDE	S VIEIRA		06	Conselho Profissiona	16 - Número do C	11	17 - UF    <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>			
Dados do Hospital / Local Solicitado /	Dados da Interr	nação									
19 - Código na Operadora / CNPJ	11	lo Hospital / Local Solicit				11	-	ra Internação			
10.246.214/0001-04		E ORTOPEDIA ESI			Description de constante Of	15/01/20					
1 11 '	e Internação 24	4 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. L	árias Solicitadas 20	6 - Previsão de uso de OF <b>S</b>	PIME    27 - Pre		so de Quimioterápico  N			
28 - Indicação Clínica											
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - 0	CID 10(2) (opciona	al) 31 - CID 10(3) (d	opcional) 32	CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A		lente ou do	ença relacionada)			
Procedimentos ou Itens Assistenciais	Solicitados					9					
34 - Tabela 35 - Código do Procedime		escrição				37 - 0	Qtde. Solic	. 38 - Qtde. Aut.			
1- 22 30735033		OMIOPLASTIA - PR						1			
2- <b>22 30735068</b> 3- <b>98 08011960</b>		TURA DO MANGUIT ARTROSCOPIA DE			TO VIDEOARTROS	COP 1 1		1			
4- 18 60024151		GUELTAXA DE APA			A ARTROSCOPIA			1			
5-   _	Ш						_ _	_			
6-	<u> </u>						_ _				
7-							_ _				
8-	 					- 	 	 			
10-	 						 	 			
11-	<u> </u>						_ _				
12-	<u> </u>										
Dados da autorização	- 1 40 0: 1 5:	false August at 1	44 Ti		1						
39 - Data provável da Admissão hospitala	ir    40 - Qtde Dia	11	41 - Tipo de Acor <b>12</b>	nodação autorizada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autoriz	zado 43 - No	me do Hospital / Local A	Autorizado		1		4	14 - Código CNES			
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM EQUIPO PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: CENT											
RAL NACIONAL UNIMED COOPERA											
46 - Data da Solicitação 47	- Assinatura do F	Profissional Solicitante	48 - Assinatur	do Beneficiário ou F	Responsável 49 - As	sinatura do Re	esponsáve	l pela Autorização			



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

93696830

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada <b>93696830</b>	4 - Senha 93696830		5 - Data da Autorização 10/01/2024 16:05	· · · · · ·	
Dados do Beneficiário					10/01/2021 10/00		93696830
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8650003280425008		25 1101110 000141					
8 - Nome							
DOUGLAS FERREIRA	IEVES						
Dados do Profissional Solici	ante						
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1,	- E-mail		
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORME	NEXO	EQUIPO PAGO EM CONTA					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 71502718			ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  3	_ _ _ ,	_  3	_ ,
					I 1		
2- <b>00 00116700 80743230025</b>			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_  '	-
			AT - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM			2	
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_1 -	IIII'III	
4- 00241202 TROCATER ARTROSCOPICO 8					1		
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_i	1-1-1-171-1-1	
5- 00596221	GU	A FLEXIVEL PASSADOR	SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M			_  1	_ _ ,
80743230002		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
6-					_	_	,
24 - Especificação do Material	_				_	 	
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM EQUIPO PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		