



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95790208**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95790208</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>12/07/2024 14:46</b>	5 - Senha <b>95790208</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>27/09/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>8650004508077000</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>CAUAN PATRIK FERREIRA</b>
---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>17905</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>20/07/2024 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica <b>RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO</b>
--

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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30726190</b>	<b>LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733103</b>	<b>INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30733073</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30731216</b>	<b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
7- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
8- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
9- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
10- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
11- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
12- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6528104</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/07/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



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

2 - Nº Guia no Prestador 95790208

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95790208	4 - Senha 95790208	5 - Data da Autorização 12/07/2024 14:46	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95790208
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 8650004508077000	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
CAUAN PATRIK FERREIRA

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO  
RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante					
1- 00499293		CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000		2		2	
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00 00597007		PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB		2		2	
80044680085		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/07/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---