



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95638685**  
(Via HOSPITAL)

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>95638685</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br><b>28/06/2024 17:26</b> | 5 - Senha<br><b>95638685</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>05/09/2024</b> |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

|   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>0482068864000015</b> | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---|--------------------------|-----------------------------------|

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

|  |
|--|
| 10 - Nome<br><b>MARIA DE FATIMA OLIVEIRA CUNHA</b> |
|--|

Dados do Contratado Solicitante

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

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

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

|  |  |   |
|--|--|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>10.246.214/0001-04</b> | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>16/07/2024 00:00</b> |
|--|--|---|

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

|   |
|---|
| 28 - Indicação Clínica<br>DOR LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES SEM MELHORA COM TRAT CLINICO |
|---|

|                                  |                           |                           |                           |   |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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)<br><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>30733065</b>             | <b>REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</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>30733049</b>             | <b>OSTEOCONDRPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b>  | <b>1</b>             | <b>1</b>             |
| 4- <b>98</b>             | <b>08011080</b>             | <b>PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORT - APT</b>                       | <b>1</b>             | <b>1</b>             |
| 5- <b>18</b>             | <b>60024151</b>             | <b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>  | <b>1</b>             | <b>1</b>             |
| 6- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9- <input type="text"/>  | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10- <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11- <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12- <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dados da autorização

|   |   |   |
|---|---|---|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>1</b> | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>12</b> |
|---|---|---|

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

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 45 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PORTO ALEGRE COOP ERATIVA MEDICA LTDA |  |  |  |
|---|--|--|--|

|                          |   |  |   |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 95638685

|                            |   |                       |   |   |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|
| 1 - Registro ANS<br>343269 | 3 - Número da Guia Referenciada<br>95638685 | 4 - Senha<br>95638685 | 5 - Data da Autorização<br>28/06/2024 17:26 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br>95638685 |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|

Dados do Beneficiário

|  |                  |
|--|------------------|
| 7 - Número da Carteira<br>0482068864000015 | 29 - Nome Social |
|--|------------------|

8 - Nome  
MARIA DE FATIMA OLIVEIRA CUNHA

Dados do Profissional Solicitante

|   |               |             |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante<br>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|---|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
DOR + LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES, SEM MELHORA COM TRAT. CLINICO.  
DOR LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES SEM MELHORA COM TRAT CLINICO  
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

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- 00                            | 00116700                | CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 |            | 1                     |                                | 1                     |                                |
| 80743230025                      |                         | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA           |            |                       |                                |                       |                                |
| 2-                               | 00499293                | CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000        |            | 1                     |                                | 1                     |                                |
| 80356130052                      |                         | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA           |            |                       |                                |                       |                                |
| 3-                               |                         |  |            |                       |                                |                       |                                |
| 4-                               |                         |  |            |                       |                                |                       |                                |
| 5-                               |                         |  |            |                       |                                |                       |                                |
| 6-                               |                         |  |            |                       |                                |                       |                                |

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PORTO ALEGRE COOPERATIVA MEDICA LTDA

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