

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

91781347

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91781347 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 06/07/2023 14:08 91781347 13/09/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 8650002779228009 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome RICARDO ALDO KRIEGER Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF 225270 JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO 06 28617 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 31/07/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C S Ν 1 28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO E CARTILAGEM JOELHO DIREITO 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 2- 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 3- **98** 08011081 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|__| 11-12-I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 91781347		4 - Senha 91781347		5 - Data da Autorização 06/07/2023 14:08	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora 91781347
Dados do Beneficiário		31101041		31101041	00/01/2020 14:00		31101041
7 - Número da Carteira	29 - Nome	Social					
8650002779228009		Coolai					
8 - Nome							
RICARDO ALDO KRIE	SFR .						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail							
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESAO DO MENISCO E CA	ARTILAGEM JOELHO DIREITO ARTILAGEM JOELHO DIREITO E UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045		Referência do material no t A SHAVER SETORMI		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1	_ _ ,
80777280006			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	
2-						_	
		_					
3-					_	_	_ _ , _
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
4-					_	_ _	,
					_ _ _ _ _	_ _	
5-	_ _ _	1 1 1 1 1 1			_	_	_ ,
	 					 -	,
• _ _ _	_ _ 				_	-ı ı—ı—ı—ı _ll	I—I—I—I"I—I—I
24 - Especificação do Material							
, ,							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional So	olicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		