

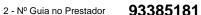
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93385181

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número da Gu	ia Δtribuído	nela Oner	adora								
343269	- Numero da Gu	ia Allibulae	грска Орска	adora			933851	81				
4 - Data da Autorização	5 - Senh		0005404	6 - Data de \								
04/12/2023 14:41 93385181 Dados do Beneficiário 17/02/2024												
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carte	eira	9 -	Atendimento de	e RN]			
8650000327218106						N						
50 - Nome Social												
10 - Nome PEDRO HENRIQUE LEMOS DE PINHO GONCALVES												
Dados do Contratado Sol	icitante											
12 - Código na Operadora		13 -	3 - Nome do Contratado									
10.246.214/0001-04		UN	JNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									
14 - Nome do Profissional S CESAR EDUARDO C	IARTINS	ARTINS			15 - Conselho Profissional			do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 41 225270				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação												
19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação												
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 04/12/2023 00:00										0		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias 1	Solicitadas 2	6 - Previsão	de uso de OPI	ME 27 - Pre		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EN												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens A	licitados	os							3			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30729220 PE PLANO/PE CAVO/COALISAO TARSAL - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1 2- 22 30731127 TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES 1 1											1	
3- 18 60000384							CAO COMP	LETA		1		1
4- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 1 1 1 5-									1 _ _ _ _ _			
7-	_ _	_ _								. .	_ _ _ _	_ _
9-	_ _ _ _	_								_	_ _	
10-											 	
12-	_ _ _ _									ii	ii	_ _
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admi	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Au 1	torizadas	41 - Tipo de 12	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado			3 - Nome do Hospital / Local Autorizado									44 - Código CNES
10.246.214/0001-04	UN	UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL												
46 - Data da Solicitação	47 - /	Assinatura	do Profissio	nal Solicitante	48 - Assi	natura do B	eneficiário ou F	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do R	esponsáve	el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 93385181 93385181 04/12/2023 14:41 93385181 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 8650000327218106 8 - Nome PEDRO HENRIQUE LEMOS DE PINHO GONCALVES Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO 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 23 - Nº Autorização de Funcionamento 03050327 **GUIA PERCUTANEO ARTRORRISE 241-32-EST** 10247709003 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72244780 PARAFUSO DE ARTRORRISE - ARTROM - 241-100-14-PARAFUSO DE A 2- 00 10247700094 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|__|, 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização