

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95495464

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Gui	a Atribuído	pela Opera	dora								
343269							954954	164				
4 - Data da Autorização 17/06/2024 17:27 5 - Senha 95495464 6				6 - Data de V		Senha 08/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira						9 -	Atendimento de	e RN				
1170000001944787							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome RICARDO ALEXANDRE FERRARI												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		- 11	Nome do C									
10.246.214/0001-04		UN	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA							
14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28617			Número do Co 617	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Da	dos da Int	ernação									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Into 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 01/07/2024 00:00								-				
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	ternação	24 - Regim	e de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas 2	6 - Previsão	de uso de OPI	ME 27 - P	revisão de ι	uso de Quimioterápico
1	С			1		1			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicae			Indicação de A	ıção de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais So	licitados										
1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011080 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	RE OS PC	TEOCON T ARTRO UGUELT	J SUTURA D DROPLAST DSCOPIA DE AXA DE APA	IA - ESTA : JOELHO ARELHO /	BILIZAC	AO, RESSEC - APT MENTO PAR	CCAO E/	OU PLASTIA	SC 1 A# 1 1	 	2. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
Dados da autorização	~- b:	40 044-	Diásina Aust		44 Tine de	A	~	1				
39 - Data provável da Admiss	ao nospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 1	- 11	41 - Tipo de 12	Acomodaç	ão autorizada					
1 - 1			3 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNE JNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104								44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO CO OPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura o	do Profission	nal Solicitante	II 48 - Assi	natura do B	eneficiário ou F	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do F	Responsáve	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		95495464		17/06/2024 17:27	9549			
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
1170000001944787								
8 - Nome								
RICARDO ALEXANDRI	E FERRARI							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1.	1 - E-mail			
JOAO PAULO FERNAN	IDES GUERREIRO							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica LESÃO DO MENISCO MEI LESÃO DO MENISCO MEI AUTORIZADO CONFORMI	DIAL OSTEOCONDRAL .							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 100066879 81288540024	CA		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9- CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ - - - - - - - - - - - - - - - - -	_ 1	,	
2-		ARTINOM COMER	OIO DE IIIII EANTEOORTOI EDIOGOETDA			_	,	
	_ _ _ _ _					_ll	1-1-1-1-1/111	
3- <u> </u> <u> </u>	 _					 _	_ _ , _	
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _		
4- _	_ _ _				_	_	_ _ , _	
_	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _		
5-	-				_	_	,	
	_ _ _				_ _ _ _	_ _		
⁰⁻ - 	_ _ _					_	,	
I—I—I—I—I—I—I—I—I 24 - Especificação do Material								
· · ·								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		/06/2024 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titu	lar: UNIMED NORTE F	PIONEIRO COOPERATIVA DE TI	RABALHO MEDICO		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			