

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

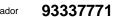
2 - Nº Guia no Prestador

93337771

(Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93337771 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 29/11/2023 14:32 93337771 05/02/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 8650001066647007 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **HEBER LUIZ NERY SILVA** 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 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 17905 225270 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 10/12/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 S Ν 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 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** 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 3- **22** 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 4- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 8- |__|_| 9- |__|_| 11-12-___ I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 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 29/11/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Se		4 - Senha	Senha		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93337771		93337771	29/11/2023 14:32		93337771
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8650001066647007							
8 - Nome		I L					
HEBER LUIZ NERY SILVA							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solic		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
INDICAÇAO CLINICA EM A							
INDIOAÇÃO CLINICA LINI	NILKO						
OPME Solicitadas		-					
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Euncionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 70627657			A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	I I 1		1	,
10208610040	,		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' <u>-</u> '	<u> </u>	-ı ·	IIII'III
2- 00 00597007	PA		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1	,
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,		-1	1-1-1-1-1/111
3- 76621995	CA	NULA DE DEBRIDAÇÃO A	AT - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM	_ 2		_ 2	,
80777280105		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _		-	
4-					_	_	,
5-	_ _ _				_ _ _ ,	_	_ _ , _
					_ _ _ _	_ _	
6- _					_ _ _ ,	_	_ _ , _
	_ _ _			_ _	_ _ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização		
					•		