

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93049985

(Via HOSPITAL)

1 "	Número da Guia A	Atribuído p	ela Operadora							
343269					930	49985				
4 - Data da Autorização 01/11/2023 17:	5 - Senha	930	6 - Data de Va		Senha /01/2024					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Cartei	ra	9 - Atendiment	to de RN				
1170000002070993					N	1				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
ISADORA ALVES OLIV	/IERI DOS SA	NTOS								
Dados do Contratado Solic	itante									
12 - Código na Operadora		11	ome do Contratado							
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E ORTOPEDIA	ESPECI						
14 - Nome do Profissional So JOAO PAULO FERNA		REIRO	ı		15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28617		16 - Número do Cor <b>28617</b>	17 - UF 41	18 - Código CBO <b>225270</b>	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	s da Intei	rnação							
19 - Código na Operadora / C	11		do Hospital / Local Solicita		74041707		- 11	21 - Data sugerida p	,	
10.246.214/0001-04			E ORTOPEDIA ESF					13/11/2023 00:0		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	nação   2	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - C	ttde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Pr	evisão de uso de OPM <b>S</b>	E 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica										
LUXAÇÃO RECIDIVANTE	NATATELA DI	IKEITA O	OW ELGAO OGTEOOO	INDIVAL						
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10	)(2) (opcio	31 - CID 10(3) (c	pcional)	32 - CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de Aci	dente (acidente ou d	doença relacionada)	
Dracedimentes ou Itana As	nistanninia Calia	itadaa						<u> </u>		
Procedimentos ou Itens As 34 - Tabela 35 - Código d	o Procedimento		Descrição					37 - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30733103	0 1 1000ao		ΓABILIDADE FEMOR	O-PATE	LAR, RELEASE LA	ATERAL	. DA PATELA, RE		1	
2- 22 30733049		OST	EOCONDROPLASTI	A - ESTA	ABILIZACAO, RES	SECCA	O E/OU PLASTIA	# 1	1	
3- <b>22 30731216</b>			NSPOSICAO DE MA					1	1	
4- 18 60000384			RIA DE ACOMPANH					1	1	
5- 18 60000805			RIA DE QUARTO CO						1	
6- <b>18</b>		ALU	GUELTAXA DE APA	RELHO	/ EQUIPAMENTO F	AKA A	R I ROSCOPIA PA	AR 1	1	
	-     								 	
9-										
10-									   _	
11-										
12-  _	_									
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	0 - Qtde D	Diárias Autorizadas		e Acomodação autoriza	ıda				
42 - Código na Operadora / C	NPJ autorizado	43 - N	ome do Hospital / Local A	utorizado					44 - Código CNES	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO PERATIVA DE TRABALHO MEDICO										
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	inatura do	Profissional Solicitante	48 - Ass	inatura do Beneficiário	ou Respo	nsável 49 - Assin	atura do Responsáv	el pela Autorização	



Unimed A

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

·	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269	9304998			9304998	01/11/2023 17:44	93049985						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social										
1170000002070993												
8 - Nome ISADORA ALVES OLIVIERI DOS SANTOS												
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone		11 - E-mail							
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO												
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica LUXAÇÃO RECIDIVANTE N LUXAÇÃO RECIDIVANTE N AUTORIZADO CONFORME	A PATELA DIREITA COI	M LESÃO OSTEOCONDRAI M LESÃO OSTEOCONDRAI	-									
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli o de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado						
1- 00 70530815			RUCAO LIGAMENTAR (ESTERILIZ		,	_  1   <u>           </u>						
10209780026		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	LTDA  _ _ _ _								
2- 00 00608459	PO		ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X19			_  1   <u>      ,   </u>						
80082910131 3- 00 100066879	CAL		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAI									
81288540024				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	-	_  1						
4- 00 72466103	ANO		DESCARTAVEL - 2831-050/ 39.44.04			2						
10417940137		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	LTDA   _ _	 							
5-   _				_   _								
	_				_ _ _ _	_ _						
6-	<del> _ _ </del> _			_								
24 - Especificação do Material												
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 01/	11/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Emp	oresa / Titular: UNIMED NORTE I	PIONEIRO COOPERATIVA DE TR	ABALHO MEDICO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização							