

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90763847

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia	Atribuído	pela Opera	dora								
343269	<u> </u>							9076	3847				
4 - Data da Autorização 06/04/2023	3 13:11	5 - Senha	90	763847	6 - Data de Vali		Senha 06/2023						
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 1170000002158076	6			8 - Val	idade da Carteira	1	9 -	Atendimento N					
50 - Nome Social													
10 - Nome EDUARDO ENRIQUE ROSSITO TIBURCIO													
Dados do Contratado Solicitante													
	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA												
14 - Nome do Profission							15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solici	itado / Dado	os da Inte	ernação									
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		- 11			I / Local Solicitad		ZADA LT	DA			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 -	· Tipo de Inte	rnação	24 - Regim	e de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA JOEL	LHO ESQ	UERDO CO	ONDRAL	MENISC	0								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			0(2) (opci	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9			oença relacionada)	
Procedimentos ou Iten	s Assiste	nciais Solid	citados										
34 - Tabela 35 - Cóc 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 22 3073312 5- 18 600008 6- 18 6000241 7-	965 930 973 916 905		RE CO RE TR DIA	NDROPL CONSTRI ANSPOSI ARIA DE (UGUELTA	ASTIA (COM I UCAO, RETEN CAO DE MAIS QUARTO COL AXA DE APAR	REMOC NCIONA S DE 1 1 LETIVO RELHO	AO DE C MENTO (FENDAO DE 2 LEI EQUIPA	ORPOS L OU REFOI - TRATAN TOS COM MENTO P	IVRES RCO D IENTO BANH ARA A	IEIRO PRIVATIVA	DSC 1 NTO 1 CR 1 1 /O 1 PAR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização		. ,—,—,										,,	
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	ospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	la				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justifi Telefone Contratado: ERATIVA DE TRABAL	(43)3372 .HO MED	DICO											PIONEIRO COOP



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia a	atribuído pela Operadora
343269		90763847		90763847	06/04/2023 13:11		90763847
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1170000002158076							
8 - Nome							
EDUARDO ENRIQUE R	OSSITO TIBURCIO						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone] 1	1 - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESAO DO LCA JOELHO E LESAO DO LCA JOELHO E AUTORIZADO CONFORME	SQUERDO CONDRAL M						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autor	izada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	o de Funcionamento		
80777280006	LAN	INA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ , 	_ 1	,
2- 00 72320907	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			1	,
80044680067	5.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1 '	1-1-1-11111-1-1
3- 00 00597007	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1		1	_ _ ,
80044680085		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			
4- 00 78898676	DIS	POSITIVO DE REPARACA	AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	3	,	_ 3	,
80044680449		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- _	_ _ _					_	_ ,
_ _	_ _ _ _					_ _	
6- _						_ _	,
						_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
		04/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: UNIMED NORTE PI	ONEIRO COOPERATIVA DE TRA	BALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura o	lo Responsável pela Autorização		
ZU - Dala da OUIIUI.açau	21 - Assiliatula do Pil	onssional solicitatile		20 - Assinatula C	io responsavel pela Autorização		