



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95217888**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95217888</b>	
4 - Data da Autorização <b>22/05/2024 14:20</b>	5 - Senha <b>95217888</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>04/08/2024</b>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>9769767675300098</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>JOSE CARLOS MARDEGAN</b>		

Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>17905</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>30/05/2024 00:00</b>	
22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO					
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) <b>9</b>					

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	
1- <b>22</b>	<b>30733065</b>	<b>REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
2- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
3- <b>98</b>	<b>08011080</b>	<b>PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORT - APT</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
4- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
6- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	
7- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	
8- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	
9- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	
10- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	
11- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	
12- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>		44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/05/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERACAO ESTADUAL DAS COOPE RATIVAS MEDICAS			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	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 95217888

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95217888	4 - Senha 95217888	5 - Data da Autorização 22/05/2024 14:20	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95217888
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9769767675300098	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
JOSE CARLOS MARDEGAN

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO  
REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO

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					
1- 00499293		CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000		1		1	
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00 00116700		CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1		1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/05/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERACAO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---