

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95791658

(Via HOSPITAL)

1-	1 "	3 - Número o	da Guia Atri	buído pela Ope	eradora								
12-07-2024 15-50 95791658 14/09/2024	343269							957916	658				
17-Nomina di Cottoria 170000001 882099 17-Vividiante da Cuntrira 17-Vividiante	1	11	- Senha	9579165	- 11		ı						
10 - Numer 10													
10 - Norme 10													
Dados do Contretardo Solicitarios 10.2462/14/0001-04 10.2462/14/	50 - Nome Social												
13 - Color 10													
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Contende Profissional 16 - Nome do Profissional 17 - UF 18 - Codigo Cobe 18 - Codigo Cobe 19 - Codigo Cobe													
13 - Color Service 15 - Consente Professional 15 - Nomere do Professional 16 - Nomere do Coreselho 17 - UF 18 - Código CBO CBO Badde de Internação 225/270 225/2		ı		t									
POBERTO GRANGE GASPARELLI Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				UNIORT E	ORTOPEDIA								
30 - Alone do Prografio / CeNP 10.246.214/0001-04 27 - Poste sugentida para internespita 20/07/2024 0.020 20/07/2024 0.020 20/07/2024 0.020 27 - Previsado os uso de Optimistralipido 28 - Tipo de Internação 24 - Regima de Internação 25 - Otado Diárias Solicitados 30 - Previsão os uso de OPME 27 - Previsão de uso de Optimistralipido 38 - Indicação Clínica 38 - Descrição 39 - Otado Procedimento 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (ucidente ou deença relacionado) 9 Procedimento 37 - Otado Solicitados 37 - Otado Solicitados 37 - Otado Solicitados 37 - Otado Solicitados 38 - Descrição 37 - Otado Solicitados 38 - Descrição 38	†		RELLI			11				onselho	11	1 1	
10.246.214/0001-04 23 - Tiple de Internação 23 - Tiple de Internação 24 - Regime de Internação 1				-									
1	,	/ CNPJ	- 11		•								-
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Addente (acidente ou doença relacionado) 9	1	23 - Tip		ção 24 - Reç	-	25 - Qt		Solicitadas 2	6 - Previsã		ME 27 - F	Previsão de	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 38 - Qtde. Qui y 38 - Qtde. Aut. 38 - Qtde. Qui y 38 - Qtde. Aut. 38 - Qtde. Qui y 38 - Qtde. Aut. 4 - 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 1 1 1 1 1 1 1	28 - Indicação Clínica												
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30733045 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 1 1 1 1 1 1	20. CID 40 Dringing (angings). 20. CID 40(0) (angings). 24. CID 40(0) (angings). 20. CID 40(4) (angings). 20. CID 40(4) (angings).												
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 1 1 1 1 1 1											9		
1 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 2 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 1 3 98 08011081 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF 1 1 4 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 5 -					ăo						37	- Qtde, Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
3- 98	1			-		E UM ME	NISCO - F	PROCEDIMI	ENTO VI	DEOARTRO			
4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 1								•	CCAO E/	OU PLASTI			-
5-									RA ARTE	ROSCOPIA I			1
39 - Data provável da Admissão hospitalar do - Qtde Diárias Autorizadas 1 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 1 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/07/2024 / AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOP	5-										 		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOP		nissão hospi	talar 40 -	Qtde Diárias A	Autorizadas 4	1 - Tipo de	Acomodaçã	io autorizada	1				
10.246.214/0001-04UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA652810445 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOP				1	1								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOP													
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen	ıciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		95791658		95791658	12/07/2024 15:50		95791658		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
1170000001882099									
8 - Nome									
CICERO ROGERIO SAI	NCHES JUNIOR								
Dados do Profissional Solici	tante								
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
ROBERTO GRANGE G	ASPARELLI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica REPARO OU SUTURA DE REPARO OU SUTURA DE AUTORIZADO CONFORME	UM MENISCO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00499293		22 - Referência do mate	erial no fabricante AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1	_ ,		
80356130052	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD			_ '			
2-		7		··		_	_ ,		
				 		_, _			
3- _	_ _ _			_ _	_ _ _ , _	_	_,		
	_ _ _		_ _ _ _ _		_ _ _ _	_ _			
4- _ _ _ _ _ _	-				_	_ _	,		
	_ _ _		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _	_ _	,		
	_ _ _					_			
6-		IIIIII			_	 -	,		
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				