

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90573406

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia	Atribuído	pela Opera	dora								
343269				90573406									
4 - Data da Autorização 5 - Senha				6 - Data de Vali									
22/03/202			90	573406		27/	05/2023						
Dados do Beneficiário	1			10 1/5	idada da Cadaina		110	^ +	de DNI				
7 - Número da Carteira 531501000003020	n			8 - vai	idade da Carteira	ı	9-	Atendimento N	de KIN				
50 - Nome Social													
Joe Nome Godan													
10 - Nome													
INGRID RIBEIRO I	OO NAS	CIMENTO)										
Dados do Contratado	Solicitante	е											
12 - Código na Operado	ra		13 - 1	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-0	4		UNI	ORT E O	RTOPEDIA E	SPECI	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profission					t t			15 - Conselho Profissional		16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
JOAO PAULO FER							06 28617			28617		41	225270
Dados do Hospital / Lo													
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-0		- 11			II / Local Solicitad		740417	DΛ			1	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendime 1	nto 23 -	Tipo de Inter	rnação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP S	ME 27 -	Previsão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA OST													
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 Iter	ns Assiste	nciais Solic	itados				J						
34 - Tabela 35 - Cóo				Descrição							37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307330	049							,		O E/OU PLASTI			1
2- 22 307330					-					O LIGAMENTO			1
3- 22 307312 4- 18 600009					CAO DE MAIS APARTAMEN [.]			- IKAIAN	IENIO	CIRURGICO	1		1
5- 18 60024°								MENTO P	ARA A	RTROSCOPIA	-		1
6- _											_	_	_
7-	_ _ _	.									_	_	
8-		<u> _ _ </u>									:-	_	<u> </u>
9- 10-		_ 										_ _	_
11-	 											_!!! 	
12-												_,, _	.—.—.
Dados da autorização													
39 - Data provável da A	dmissão ho	ospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41		e Acomodaç	ão autorizad	а				
44 - 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 / Justif Telefone Contratado:		-0900 / Fm	itido em	22/03/2023	B/AUTORIZADO	CONF	ORME UN	IMED DE C	RIGEN	/ / Empresa / Titul	ar: UNIM	ED VALE D	O SEPOTURA
- Committee	(,0012	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	5111	_, 50,2020			2 014	52 0					
46 - Data da Solicitação		47 - Δες	sinatura d	n Profission	al Solicitante 1	48 - Assi	inatura do P	eneficiário o	II Reen	onsável I 40 - Ass	inatura do	Resnonsáv	el nela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Referer	I +	- Senha	90573406	5 - Data da Autorização 22/03/2023 09:45	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
		90573406		90573406	22/03/2023 09:45		90573406			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		20. Nama Casial								
5315010000003020		29 - Nome Social								
8 - Nome INGRID RIBEIRO DO NA	SCIMENTO									
Dados do Profissional Solicita										
9 - Nome do profissional solicitar			10 - Telefone	11	1 - E-mail					
JOAO PAULO FERNAND										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica LESAO DO LCA + OSTEOCO LESAO DO LCA OSTEOCO! AUTORIZADO CONFORME I	NDRAL JOELHO ESQ									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Materia1- 00 00590045		22 - Referência do material MINA PARA SHAVER SETOR		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4				
80777280006	LAI		D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	_ 1	_ _ , _			
2- 00 00597007	PA		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1	,			
80044680085			D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ı ·	1			
3- 00 72320907	DIS		LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			_ 1	_ _ ,			
80044680067		ARTHROM COMERCIC	D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_,				
4- _					_	_	_,			
	_					_ _				
5- _ _					_ _ _ , _	_	,			
	_				_ _ _ _	_ _				
6- _					_ _ _ _ _ ,	_	_ ,			
					_ _ _ _	<u></u>				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)337	'2-0900 / Emitido em 22/	/03/2023 /AUTORIZADO CONFO	ORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: U	JNIMED VALE DO S	EPOTUBA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					