

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94468570

(Via HOSPITAL)

1 "	Número da Gu	ia Atribuído	pela Ope	radora			0.4.46.0	.570				
343269	U.S. Comb			II C. Data da	\/=I:d=d= d= (0	94468	3570				
4 - Data da Autorização 19/03/2024 16	5 - Sent		4468570	11	Validade da \$	05/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			11	/alidade da Car	teira	9 -	Atendimento	de RN				
0050000036119990			18/	12/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome JOAO VICTOR PEREIRA ROMA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do	Contratado								
10.246.214/0001-04		UN	IORT E	ORTOPEDIA	A ESPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante					15 - Conse	elho Profissior	nal	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLI	/EIRA QUEI	ROZ				06			17905		41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	ados da Int	ternação									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		oital / Local Solid						11		para Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	T E OR	TOPEDIA ES	SPECIALIZ	LIZADA LTDA			27/0		03/2024 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regi	ime de Internaçã	25 - Q	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de O S	PME 27	- Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica	<u> </u>											
29 - CID 10 Principal (opcior	al) 30 - CID	0 10(2) (opc	ional)	31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID	10(4) (opciona	al) 3	33 - Indicação de	Acidente ((acidente ou	doença relacionada)
											9	
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais So	olicitados										
_	do Procediment		- Descriçã		DE		DD 005DII	451150	\#DE04DED		37 - Qtde. Sol	
1- 22 30733065 2- 22 30733030					-			_	VIDEOARTR - PROCEDIMI		•	1 1
3- 22 30733073				•					LIGAMENTO			1
4- 22 30731216				-						1	ı	1
4- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1 1 5- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1										1		
6- 18 60024151		AL	.UGUEL	TAXA DE AF	ARELHO /	EQUIPA	MENTO PA	RA AF	RTROSCOPIA	PAR 1	I	1
7- _	_ _ _ _	-!								!	_ _ _	
8-	_ _	_										
9-	- 	_								 	 	
11-		_								I		
12-												 _ _
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias A	utorizadas	41 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada					
			1		1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loc UNIORT E ORTOPED												
45 - Observação / Justification Telefone Contratado: (43)		mitido em	19/03/20	24 / Empresa	/ Titular: SIL	.OMAX INI	DUSTRIA E	COMER	RCIO LTDA			
46. Data da Caliaitação	11.47		L D . C	1 0 . 1 . 1	7 40 A			D	20 A		I. D	-1 - 1 - A -1 - 2 2



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	nciada 94468570	4 - Senha	94468570	5 - Data da Autorização 19/03/2024 16:28	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9446857
Dados do Beneficiário						L
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
0050000036119990						
8 - Nome						
JOAO VICTOR PEREIR						
Dados do Profissional Solicit						
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail	
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica DOR + INSTABILIDADE JOI DOR INSTABILIDADE JOE						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizad
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- 00 00499293	CA		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_ 2		_ 2
80356130052 2- 00 70627657	DI A		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	_ _ _ _ 1	_ _ _	
2- 00 70627657 10208610040	PL/		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1		_ 1
3- 00 00597007	DΔI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_ 1
80044680085	i Ai		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	<u> </u>	
4- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	3		_ 3
80044680449	2.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
5- _						_
6- _					_ _ _ ,	_
	_					_ _
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa	72 0000 / Emitido am 401	/02/2024 / Empress / Tital-	CII OMAV INDLICTRIA E COMPROJO I TRA			
reletone Contratado: (43)33	1/2-0900 / Emitido em 19/	103/2024 / Empresa / Titular:	SILOMAX INDUSTRIA E COMERCIO LTDA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	