



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **93898353**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93898353
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 29/01/2024 15:22	5 - Senha 93898353	6 - Data de Validade da Senha 05/04/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000001915833	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
NOEMI OLIVEIRA DE LIMA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 17905	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 05/02/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO

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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30726190	LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR	1	1
2- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
3- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
4- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
5- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
6- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
7- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
8- 	 	 	 	
9- 	 	 	 	
10- 	 	 	 	
11- 	 	 	 	
12- 	 	 	 	

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

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 / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/01/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME PARAFUSO IN TERFERENCIA REABSORVIVEL - por nao haver evidencia literaria que comprove a superioridade do uso de parafusos absorviveis em detrimento aos parafusos metalicos nas cirurgias ligamentares do joelho. M A DE ACORDO SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 93978533 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO CO OPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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 93898353

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93898353	4 - Senha 93898353	5 - Data da Autorização 29/01/2024 15:22	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93898353
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000001915833	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
NOEMI OLIVEIRA DE LIMA

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL - por nao haver evidencia literaria que comprove a superioridade do uso de parafusos absorviveis em detrimento aos parafusos metalicos nas cirurgias ligamentares do joelho. M A DE ACORDO SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 93978533

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- 00	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000		3		3	
	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 29/01/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPME PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL - por nao haver evidencia literaria que comprove a superioridade do uso de parafusos absorviveis em detrimento aos parafusos metalicos nas cirurgias ligamentares do joelho. M A DE ACORDO SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 93978533 / Empresa / Titular: UNIME D NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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