

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95446725

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gui	a Atribuído	pela Operad	dora			9544	6725						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 13/06/2024 08:41			95446725 6 - Data de Validade d			da Senha 12/08/2024								
Dados do Beneficiário	JOI 11		7110120		, 0	0,202.								
7 - Número da Carteira			8 - Vali	idade da Carteira	a	9 - A	Atendimento	de RN						
8651009059594000							N							
50 - Nome Social														
10 - Nome CARLOS EDUARDO ALONSO														
Dados do Contratado S	olicitante													
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA														
14 - Nome do Profissional DANIEL FERREIRA		VIFIRA				15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselh		Conselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Loc			ernacão											
19 - Código na Operadora			•	I / Local Solicita	do						21 - D	ata sugerida	para Internação	
10.246.214/0001-04		UNIOR	ORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA				PΑ	11			14/06	4/06/2024 00:00		
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de In	ternação	24 - Regime	e de Internação	25 - Qto	de. Diárias S	Solicitadas	26 - Pre	Previsão de uso de OPME		PME 27	27 - Previsão de uso de Quimiote		
28 - Indicação Clínica														
29 - CID 10 Principal (opci	ional) 30 - CID	10(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID 1	0(4) (opcion	nal)	33 - In	dicação de .	Acidente	(acidente ou 9	doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens	Assistenciais So	licitados												
34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3071912 2- 22 3073108 3- 18 6000055 4- 18 6002415 5-	TEI TEI DI <i>A</i>	36 - Descrição TENDINITES, SINOVITES E ARTRITES - TRATAMENTO CIRURGICO 1 TENODESE DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR								1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
8-		- - - -												
Dados da autorização								<u> </u>						
39 - Data provável da Adn	nissão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 1	orizadas 41		Acomodaçã	io autorizad	la						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04		11	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justifica Telefone Contratado: (4 NSTRUCAO, RETENCI ONAL UNIMED COOPE	13)3372-0900 / E ONAMENTO OU	REFORC												

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

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

·	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia at	tribuído pela Operadora
343269		95446725		95446725	13/06/2024 08:41		95446725
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8651009059594000							
8 - Nome							
CARLOS EDUARDO AL	ONSO						
Dados do Profissional Solicit	ante						
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
DANIEL FERREIRA FER	NANDES VIEIRA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica lesao biceps distal do cotove lesao biceps distal do cotove AUTORIZADO CONFORME	lo esquerdo apos esforco	1	//ENTO 30736056 RECONSTRUCAO, RETEN	ICIONAMENTO OU REFOR	CO DE LIGAMENTO # -SOLICIT.	ADO COMO COMPLE	:MENTO NA GUIA 95451842
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autoriz	zada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mate			de Funcionamento		
1- 00 78891353 80083650084	50		HADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURF CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	—.	_	_ 1	,
2- 72320915	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELO			1	,
80044680067	2.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	1-1-1-1-11-1
3-						_	
				,, 		_,	1-1-1-1-1/1-1-1
4- _ _				_ _	_ _ _ , _	_	_ _ _ ,
	_				_ _ _ _	_ _	
5- _				_ _	_ _ _ , _	_	,
					_ _ _ _	_	
6- _ _ _ _	 _ _ _ 			_ - -	_	_	,
						<u></u>	
24 - Especificação do Material							
			NFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENT ENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIV		736056 RECONSTRUCAO, RETE	:NCIONAMENTO OU	REFORCO DE LIGAMENTO # -
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		
	1.1			11			