

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95465558

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------|--------------------|---|-----------------------------|----------------|---------------------|----------------------------------|-----------------|--------------|------------------------------------|
| 343269 | | | 95465558 | | | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 14/06/2024 10:44 | | 5 - Senha 95465558 | | 6 - Data de Valid | dade da Senha 13/08/2024 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | 8 - Va | alidade da Carteira | 9 | - Atendimento | de RN | | | | |
| 005000001145129 | | | | 3/2026 | | N | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome | | | | | | | | | | | |
| MARCIA IZABEL DA SILVA BARTELS | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 17 - UF | 18 - Código CBO | | |
| ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ | | | | | | 06 | | 17905 | | 41 | 225270 |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação | | | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 18/06/2024 00:00 | | | | | | | | | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 2 | 23 - | Tipo de Interna C | ção 24 - Regin | ne de Internação 1 | 25 - Qtde. Diária | Solicitadas | 26 - Pre | evisão de uso de OPI S | ME 27 - F | Previsão de | uso de Quimioterápico N |
| 28 - Indicação Clínica | | | | | 11 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opc | ional) 32 - CIE | 10(4) (opcior | nal) | 33 - Indicação de A | • | cidente ou c | loença relacionada) | | | | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | | | | | | | | | | | |
| | | cedimento | 36 - Descrição | | | PROCERU | | | | - Qtde. Soli | |
| 1- 22 3073306 2- 22 3073310 | | | | | | | | O VIDEOARTRO Da patel a r | | | 1 |
| | , , , , , , , , , , , , , , , , , , , | | | | | | | | | | |
| 4- 98 | | | | | | | | | | | |
| 5- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 | | | | | | | | | | | |
| 6- _ _ 7- | _ _ | _ | | | | | | | _ | - | |
| 8- | -11 -11 | _ | | | | | | | - | -II - | |
| 9- | _ | .—.—. _ | | | | | | | | | |
| 10- _ | _ _ | _ | | | | | | | _ | _ | I_ _ _ |
| | _ _ | | | | | | | | | _ | |
| | | | | | | | | | | | |
| Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada | | | | | | | | | | | |
| Data provavor da rian | 110000 110 | Johnard 11-40 | 1 | 1 | Tipo do Adomodo | gao aatonzaa | | | | | |
| , | | | | me do Hospital / Local Autorizado RT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | | | | | 44 - Código CNES 6528104 |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/06/2024 / Empresa / Titular: MARCIA IZABEL DA SILVA BARTELS | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assina | atura do Profissio | nal Solicitante | 48 - Assinatura do | Beneficiário o | u Respo | nsável 49 - Ass | inatura do | Responsáv | el pela Autorização |



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 95465558 95465558 14/06/2024 10:44 95465558 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000001145129 8 - Nome MARCIA IZABEL DA SILVA BARTELS Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica DOR + LIMITAÇÃO PARA ATIVIDADES E BLOQUEIO ARTICULAR. JOELHO DIREITO DOR LIMITAÇÃO PARA ATIVIDADES E BLOQUEIO ARTICULAR JOELHO DIREITO **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 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00499293 1- 00 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 2- 00 00116700 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 78898676 DISPOSITIVO DE REPARAÇÃO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D 3- 00 80044680449 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/06/2024 / Empresa / Titular: MARCIA IZABEL DA SILVA BARTELS 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização