

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95214524

(Via HOSPITAL)

4 - Date de Autorização   5 - Serinia   220/02/2024 (10.59)   5 - Serinia   220/02/2026   3 - Atendimento de Serinia   3 - Atendimento   3 - Atendimento de Serinia   3 - Atendimento   3 - A	1 - Registro ANS	- Número da G	uia Atribuído	nela Opera	idora								
22/05/2024 10:58   95214524   21/07/2024	1 "	Trainere da Ci	aia / Kiibaiao	, pola Opola				95214	524				
Dadocs do Beneficiário	1	i i		5214524	6 - Data de Vali								
20/01/2026   N	Dados do Beneficiário												
10 - Nome   EDMAR MARTINS DOS SANTOS	1			11		a	9 -		de RN				
EDMAR MARTINS DOS SANTOS				20/0	1/2020								
EDMAR MARTINS DOS SANTOS													
13 - Nome do Fordinado   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   16 - Numero do Conselho   16 - Numero do Conselho   16 - Numero do Conselho   17 - UF   18 - Código CBK   MARCUS VINICIUS DANIELI   16 - Numero do Fordinacional   16 - Numero do Conselho   18734   11   18 - Código CBK   MARCUS VINICIUS DANIELI   18734   11   18 - Código CBK													
14 - Nome do Profissional Solicitante   18 - Conselho Profissional Solicitan													
MARCUS VINICIUS DANIELI   Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação   19 - Código na Operadora / CNP J   20 - Norme do Hospital / Local Solicitado   Dados da Internação   21 - Data sugenda para Internação   30/05/2024 00:00   22 - Cotate do Atendrimento   23 - Tipo de Internação   24 - Regime de Internação   25 - Otde. Diárias Solicitados   26 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de	,		11			SPECIA	ALIZADA	LTDA					
Dados do Hospital / Local Selicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ  10 - Código na Operadora / CNPJ  20 - Norme do Hospital / Local Selicitado  10 - Código na Operadora / CNPJ  22 - Caráter do Atendimento  1	14 - Nome do Profissional	Solicitante					15 - Conse	elho Profission	nal 1	6 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugenda para Internação   30/05/2024 00:00   30/05/2024 00:00   30/05/2024 00:00   22 - Carater do Atendimento   23 - Tipo de Internação   24 - Regime de Internação   25 - Cide. Diárias Solicitadas   28 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de Quimicieráp   N   28 - Indicação Clínica   REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO   31 - 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   1 - 22   30733065   REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC   1   1   1   1   1   1   1   1   1							06		1	8734		41	225270
10.246.214/0001-04				-	al / Local Solicitad	40					21 - Dats	a sugarida n	ara Internação
1		S 0	11				ADA LT	DA			11		-
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   37 - Occidente ou doença relacionada 9   05 - Occidente ou doença	†	11		24 - Regim	-	25 - Qt		Solicitadas	26 - Previs		ME 27 -	Previsão de	·
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 relacionadi 9   37 - Octobro   37		DE LIM MENIS									<u>,</u>		
Second   S													
34 - Tabela   35 - Código do Procedimento   1 - 22   30733065   REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC   1   1   1   1   1   1   1   1   1	29 - CID 10 Principal (opcio	onal) 30 - CII	D 10(2) (opc	ional) 3	1 - CID 10(3) (op	cional)	32 - CID	10(4) (opciona	al) 33	- Indicação de A	Acidente (a		loença relacionada)
1- 22   30733065   REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC   1   1   2   2   2   30733030   CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO   1   1   1   1   1   1   1   1   1	Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados												
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNE	1- 22 3073306; 2- 22 3073307; 4- 22 30731210; 5- 18 60000809; 6- 18 6002415; 7-	5 ) 3 5	RE CC RE TR DI	PARO OU ONDROPL CONSTR ANSPOS ARIA DE	ASTIA (COM I UCAO, RETENI ICAO DE MAIS QUARTO COL	REMOC NCIONA S DE 1 T LETIVO	AO DE C MENTO ( ENDAO DE 2 LEI	ORPOS LIV OU REFORO - TRATAME TOS COM E	(RES) - CO DO   ENTO CI BANHEI	PROCEDIME LIGAMENTO IRURGICO RO PRIVATIV	NTO 1 CR 1 1/0 1	- Qtde. Soli	1 1 1 1
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNE	39 - Data provável da Adm	ssão hospitalar	40 - Qtde		11	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada					
	42 - Código na Operadora	/ CNPJ autoriza	do 43 -			torizado							44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/05/2024 / Empresa / Titular: IBIFURGO IMPLEMENTOS RODOVIARIOS LTDA  46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorizaçã													



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		95214524		95214524	22/05/2024 10:59	95214524
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
0050000043478380						
8 - Nome						
EDMAR MARTINS DOS	SANTOS					
Dados do Profissional Solici	tante					
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	- E-mail	
MARCUS VINICIUS DA	NIELI					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica REVALIDAR A GUIA 94347 REPARO OU SUTURA DE						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate	rial	22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- <b>76630471</b>	CAI		AT - 161 07 10 08 TIPO 07 4,5 X 120 MM , CM	<u>  1</u>	_ _ ,	_  1
80777280105			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2- 00 72320907	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	1		_  1
80044680067			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
3- <b>00 00597007</b>	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1		_  1
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
4- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	<u> </u>		_  3
80044680449		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
5-	-		<del> </del>		_! !-!-!-!-!/!-!-	
	_ _ _				_!             -	_!!
6-	_ _ _				_	
24 - Especificação do Material						_
24 - Especificação do imaterial						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		05/2024 / Empresa / Titular:	IBIFURGO IMPLEMENTOS RODOVIARIOS LTDA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	