

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92389723

(Via HOSPITAL)

4 - Data da Autorização 3 - 108/2023 10 1 5 - Senha 92389723 6 - Data de Validade da Senha 04/11/2023	1 "	úmero da Guia At	ribuído pela Opera	adora			7					
31/08/2023 10:17 92389723 04/11/2023	343269					92389723	3					
7 - Número da Carteiria 8 - Validade da Carteiria 9 - Atlandimento de RN 10 - Nome	1		92389723	† †								
30/04/2023 N												
30 - Nome Social 30 - Nome S	†		11		9 -		N					
10 - Nome			30/0	4/2023		IN .						
JOSE CELESIO DA CRUZ												
13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CE 25270 25 - Octigo na Operadora 17 - UF 18 - Código CE 18 - Octigo na Operadora 18 - Octigo na Operadora 18 - Octigo na Operadora 19 - Código na Operadora 10 - Nome do Hospital / Local Solicitado 19 - Código na Operadora 10 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10 - Nome do Hospital / Local Solicitados 10 - Nome do Hospital / Local Solicitados 10 - Octigo na Operadora 10 - Nome do Hospital / Local Solicitados 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Indicação Clínica 10 - Nome do Hospital / Local Solicitados 10 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10 - Nome do												
10.246.214/0001-04		ante										
14 - Nome do Profissional Solicitarte DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Caráter do Atendimento 1	1 .		† †		DECIALIZADA	LIDA						
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 DINORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Caráter do Atendimento 1 23 - Tipo de Internação C 1 24 - Regime de Internação C 1 25 - Olde. Diárias Solicitados 25 - Olde. Diárias Solicitados 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Ovinioterá 28 - Indicação Clínica LESAO DO MANGUITO ROTADOR d 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona general de la completa			UNIORIEC	DR TOPEDIA ESF			TAC Nómen de C	lb 47	IE 140 Oddies ODO			
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 31/08/2023 15:00 22 - Caráter do Atendimento C 1 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterá 28 - Indicação Clínica 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona general de la companio de Acidente (acidente ou doença relaciona general de la companio de la co	1		EIRA		††	eino Profissional	11					
10.246.214/0001-04			-					1				
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 relacionary) 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde, Solic. 38 - Qtde, A 1 - 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 1 1 1 1 1 1 1	,	11			IALIZADA 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 relacionary) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Otde. A 1 - 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 1 3 - 22 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 1 4 - 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 1 5 - 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 6 - 18 60002151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1	22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interna	ação 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26 - F	Previsão de uso de OP	ME 27 - Previsão	de uso de Quimioterápico			
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 relacionare) 9	1	С		1	2							
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. A 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 3- 22 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 4- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 5- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 6- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1		TADOR d										
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. A 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 3- 22 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 4- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 5- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 6- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1	29 - CID 10 Principal (oncional)	30 - CID 10/2	2) (oncional) [[3	34 - CID 10(3) (oncion	nal) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	Acidente (acidente	ou doenca relacionada)			
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. A 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 3- 22 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 4- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 5- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 6- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1	20 0.2 To Timopal (opostilal)	00 0.0 10(1	2) (opolonal)		02 0.2	10(1) (000.01101)	inaloayao ao /		ou accinça relacionada,			
1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 3- 22 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 4- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 5- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 6- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1												
6- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1	1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 18 60000384	rioceaimento	ACROMIOP RUPTURA I RESSECCA DIARIA DE	LASTIA - PROCE DO MANGUITO R O LATERAL DA ACOMPANHANT	OTADOR - PR CLAVICULA - E COM REFE	ROCEDIMENTO PROCEDIMENT ICAO COMPLET	VIDEOARTROS TO VIDEOARTRO TA	10 1 COP 1 DSC 1	1 1 1 1			
7-	6- 18 60024151 7-											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada		hospitalar 40	- Qtde Diárias Au	torizadas 41 - T	ipo de Acomoda	ção autorizada						
2 1				11	,	,						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNI 6528104	,	IPJ autorizado	11			LTDA			44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CUIABA COOPERATIVO 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

Unimed A

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído							
343269	92389723		92389723	31/08/2023 10:17		92389723						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social											
0565423000128004												
8 - Nome												
JOSE CELESIO DA CRU	JZ											
Dados do Profissional Solicit	ante											
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail												
DANIEL FERREIRA FER	NANDES VIEIRA											
Dados da cirurgia		·										
12 - Justificativa técnica LESAO DO MANGUITO RO LESAO DO MANGUITO RO AUTORIZADO CONFORME	TADOR d											
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do M				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado						
21 - Registro ANVISA do Mater			23 - Nº Autorização	de Funcionamento								
1- 71502718			_ 3	,	_ 3	_ _ , _						
80044680086	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _	_								
2- 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	_ 2	,	_ 2	,						
80777280006	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_								
3- 00116700	CANETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1	,	_ 1	,						
80743230025	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_								
4- 00 70917540	CANULA PARA ARTROSCOP	PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	_ 1	,	_ 1	_ ,						
80777280003	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
5- 00 00712639	GANCHO COMPRESSAO SU	TURA BIP 742010000 _	_ 1	,	_ 1	,						
80356130057	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _	_								
6- _			_ _	_	_	,						
				_	_ _							
24 - Especificação do Material												
25 - Observação / Justificativa												
	72-0900 / Emitido em 31/08/2023 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UN	IMED CUIABA CO	OPERATIVA DE TRABALHO ME	DICO							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização								