

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92241995

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92241995									
4 - Data da Autorização 5 - Senha 92241995 6 - Data de Validade da Senha 21/10/2023									
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira 1470000002117524			8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN N				
50 - Nome Social									
10 - Nome ROMULO PARIS SOARES									
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado									
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código								18 - Código CBO	
MARCUS VINICIUS DANIELI					06		18734	41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	dos da Inte	rnação						J.L.
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação									
10.246.214/0001-04		UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIA		PECIALIZ	ALIZADA LTDA			28/08/2023 00:	00
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OPME	27 - Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica						-			
29 - CID 10 Principal (opciona	I) 30 - CID	10(2) (opcio	onal) 31 - CID 10(3) (i	opcional)	32 - CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de Acid	dente (acidente ou 9	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados									
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	36 - REF REC TRA DIA	36 - Descrição REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 1 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1						lic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
10-	- - -	· · ·						 _	
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admissa	io hospitalar	40 - Qtde [11	41 - Tipo de 12	Acomodação autoriza	da			
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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

Unimed A

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 92241995 92241995 17/08/2023 16:19 92241995 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 1470000002117524 8 - Nome **ROMULO PARIS SOARES** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **MARCUS VINICIUS DANIELI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica LESAO DO LCA +MENISCO JOELHO DIREITO LESAO DO LCA MENISCO JOELHO DIREITO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **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 00590045 1- 00 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72320907 DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -3- 00 80044680067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 78898676 DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D 80044680449 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|_|,|__| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização