

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93502045

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operad	lora								
343269							9350	2045				
4 - Data da Autorização 14/12/2023 10:33 5 - Senha 935			02045	6 - Data de Valid		Senha 02/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 0050000031111923			8 - Valid	dade da Carteira		9 -	Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social			20/03/	72024								
10 - Nome PEDRO HENRIQUE KOTELAK GOMES												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	ome do Co IRT E OF	ntratado RTOPEDIA E	SPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante				1	15 - Cons	elho Profissio	nal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS DA	NIELI					06			18734		41	225270
Dados do Hospital / Local \$ 19 - Código na Operadora / C			-	I / Local Solicitade	2					21 - Date	a sugarida r	ara Internação
10.246.214/0001-04	- 11		•	PEDIA ESPE		ADA LT	DA			11	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação 2	24 - Regime	de Internação	25 - Qt	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Prev		ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		1			S			N
28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA CONDRA	AL JOELHO DII	REITO										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opci			cional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Ind			3 - Indicação de A	ndicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados												
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733049 2- 22 30733073 3- 22 30731216 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	o Procedimento	OSTI REC TRAI DIAR	ONSTRU NSPOSIO RIA DE O GUELTA	JCAO, RETEN CAO DE MAIS QUARTO COL	ICIONA 5 DE 1 T ETIVO I	MENTO (ENDAO DE 2 LEI EQUIPA	OU REFOR - TRATAM TOS COM MENTO PA	RCO DO ENTO C BANHE ARA AR	EIRO PRIVATIV	A # 1 CR 1 1 /O 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Di		11	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	а				
42 Cádigo no Onesados: 11	CND Loutories 1	40 N	1 	anital / Local Aut	orizo d-							44 Códico CNEC
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 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 14/12/2023 / Empresa / Titular: ACUCAR NUMERO UM SA 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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Refere		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	mero da Guia atribuído pela Operadora			
343269		93502045		93502045	14/12/2023 10:33		93502045			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000031111923										
8 - Nome										
PEDRO HENRIQUE KO	TELAK GOMES									
Dados do Profissional Solid	itante									
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1	- E-mail					
MARCUS VINICIUS DA	NIELI									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica										
LESAO DO LCA + CONDR LESAO DO LCA CONDRA										
LEGATO DO LOAT GOADIA	LE COLLING BIRCHIO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do l		- Descrição	ial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento						
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa 1- 00 72320907 DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO DE LIGA			E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	23 - N- Autorização		1	_ _ ,			
80044680067	Di.	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ ' <u>_</u> '	1 <u> 1 - 1 </u>	_i '	1				
			REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1	,			
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1	1-1-1-1-171-1-1			
			T - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM			_ 1	_ ,			
80777280105		ARTHROM COMER(CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 						
4-	_ _ _				_	_	,			
						_ _				
5-	_ _ _ _				_	_	_ _ , _			
					_ _ _ _	_ _				
6-	_ _ _				_	_	,			
				_ _	_					
24 - Especificação do Materia	I									
25 - Observação / Justificativa		1/40/0000 / F / / T':	A OLIOAD AILIMEDO LIMA OA							
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 14	4/12/2023 / Empresa / Titular: /	ACUCAR NUMERO UM SA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					
				/.05	Francisco Programma					