

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94954894</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>30/04/2024 11:28</b>	5 - Senha <b>94954894</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>20/07/2024</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>1170000002087608</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome

**FERNANDO MATIAS AGUIAR**

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>22343</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>

## Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>30/04/2024 00:00</b>			
22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

28 - Indicação Clínica

OSTEOTOMIAS EOU PSEUDARTROSES

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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30727162</b>	<b>OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30713048</b>	<b>ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6528104</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30729190 OS TEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE + OPME 72549912 ANCORAS JUGGERKNOT E JUGGERKNOTLESS CONFORME ACEITE DO MEDICO. SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 95228253 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO  
OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador

94954894

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização <b>23/05/2024 09:55</b>
5 - Senha <b>95228253</b>	6 - Número da Guia Atribuido pela Operadora <b>95228253</b>	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>1170000002087608</b>	31 - Nome Social
8 - Nome <b>FERNANDO MATIAS AGUIAR</b>	

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	10 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			
11 - Nome do Profissional Solicitante <b>CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS</b>	12 - Conselho Profissional <b>06</b>	13 - Número do Conselho <b>22343</b>	14 - UF <b>41</b>	15 - Código CBO <b>225270</b>

Dados da Internação

16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas <b>0</b>	17 - Tipo da Acomodação Solicitada <b>1</b>
---	--

18 - Indicação Clínica <b>OSTEOTOMIAS EOU PSEUDARTROSES</b>
--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut
1- <b>22</b>	<b>30728150</b>	<b>LESOES LIGAMENTARES CRONICAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAM</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados da autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas <b>0</b>	25 - Tipo da Acomodação Autorizada <b>1</b>
---	--

26 - Justificativa da operadora
---------------------------------

27 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO PERATIVA DE TRABALHO MEDICO
--

28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>94954894</b>	4 - Senha <b>94954894</b>	5 - Data da Autorização <b>30/04/2024 11:28</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>94954894</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>1170000002087608</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

**FERNANDO MATIAS AGUIAR**

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES  
OSTEOTOMIAS EOU PSEUDARTROSES  
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30729190 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE + OPME 72549912 ANCORAS JUGGERKNOT E JUGGERKNOTLESS C  
ONFORME ACEITE DO MEDICO. SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 95228253

## OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- <b>10209780031</b>	<b>70474451</b>	<b>PARAFUSO NAO CANULADO PARA USO EM GRANDES FRAGMENTOS ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>6</b>		<input type="checkbox"/> <b>6</b>		
2- <b>00</b> <b>10405720001</b>	<b>00157570</b>	<b>HAP-91 - HIDROXIAPATITA POROSA ABSORVIVEL - ENXERTO GRANUL ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>		<input type="checkbox"/> <b>1</b>		
3- <b>00</b> <b>10209780006</b>	<b>00711586</b>	<b>PLACA OSTEOTOMIA TIBIA PUDU ABERTA 15MM 342150 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>		<input type="checkbox"/> <b>1</b>		
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/04/2024 / AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30729190 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE + OPME 72549912 ANCORAS JUGGERKNOT E JUGGERKNOTLESS CONFORME ACEITE DO MEDICO. SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 95228253 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO M EDICO

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização