

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95366228

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95366228										
4 - Data da Autorização 05/06/2024 16:23	5 - Senha	95366228	6 - Data de Valid	dade da Senha 10/08/20	24					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		8 - Val	idade da Carteira		9 - Atendiment	to de RN				
8650004480650003					N	ı				
50 - Nome Social		'								
•										
10 - Nome										
RHANSSES CONSOLINI	RODRIGUES	;								
Dados do Contratado Solicitan	te									
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Co	ontratado							
10.246.214/0001-04		UNIORT E O	RTOPEDIA ES	SPECIALIZA	DA LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicita	ente			15 - (	onselho Profiss	ional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ROBERTO GRANGE GAS				- 11	06 32428			11 11		225270
Dados do Hospital / Local Soli		da Internação					02.20			
19 - Código na Operadora / CNP			al / Local Solicitado					1 21 Date	o cugarida n	ara Internação
10.246.214/0001-04	11		PEDIA ESPE		ITDA			11	2024 00:0	-
				<u> </u>		11		J L		
i ii	- Tipo de Interna	ção   24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Di	rias Solicitadas	26 - Pr		'ME    27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С		1		1		S			N
29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2	) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 -	CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de A	Acidente (ad	cidente ou c <b>9</b>	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assist	enciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Código do Pi		36 - Descrição						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733049		OSTEOCON	DROPLASTIA	- ESTABILIZ	ACAO, RES	SECCA	O E/OU PLASTI	A# 1		1
2- 22 30733073		RECONSTR	UCAO, RETEN	CIONAMEN	O OU REFO	RCO D	O LIGAMENTO	CR 1		1
3- <b>22 30731216</b>			CAO DE MAIS					1		1
4- 18 60000805		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2	LEITOS CON	/I BANH	IEIRO PRIVATI\	/0 1		1
5- 18 60024151		ALUGUELTA	AXA DE APARI	ELHO / EQU	PAMENTO F	PARA A	RTROSCOPIA	PAR 1		1
6-										
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissão I	nospitalar 40 -	Qtde Diárias Auto	orizadas 41 -	- Tipo de Acom	dação autoriza	ida				
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								44 - Código CNES <b>6528104</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO OPME 78898676 DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO SEM NENHUM PARECER SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 95433268. / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL										
46 - Data da Solicitação	47 - Assina	atura do Profission	al Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Respo	onsável 49 - Ass	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização





## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído po	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		95366228		95366228	05/06/2024 16:23		95366228				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
8650004480650003											
8 - Nome											
RHANSSES CONSOLINI RODRIGUES											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
ROBERTO GRANGE G	ASPARELLI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO OPME 78898676 DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO SEM NENHUM PARECER SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 95433268.											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 -	- Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- <b>00499293</b> <b>80356130052</b>	CAI	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  ,	_  1  _	,				
2- <b>00</b>	ΡΔΙ		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			I 1 I					
80044680085	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					-1 '  -	'				
3- <b>00 70627657</b>						_  1					
10208610040		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	    _ _		-,					
4-   _				_   _ .	_   _ _ , _	_	,				
				_ _ _ _		_ _					
5-   _					_   _ _ ,	_	,				
					_ _ _ _ _	_ _					
6-   _	-				_	_	,				
			-			_					
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO OPME 78898676 DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO SEM NENHUM PARECER SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 95433268. / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização						