



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94960641**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94960641</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização <b>30/04/2024 16:00</b>	5 - Senha <b>94960641</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>01/07/2024</b>
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>8650001102088009</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>LEANDRO DE ALMEIDA CAMPOS</b>
-----------------------------------------------

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>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28617</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>01/05/2024 00:00</b>
--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento <b>2</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	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
-----------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------

28 - Indicação Clínica códigos negados na guia inicial solicitando como complemento
----------------------------------------------------------------------------------------

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>30733065</b>	<b>REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>98</b>	<b>08011081</b>	<b>PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF</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 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação <b>94954452</b>	4 - Data da Autorização <b>30/04/2024 16:00</b>
5 - Senha <b>94960641</b>	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94960641</b>	

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>8650001102088009</b>	31 - Nome Social
8 - Nome <b>LEANDRO DE ALMEIDA CAMPOS</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>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	12 - Conselho Profissional <b>06</b>	13 - Número do Conselho <b>28617</b>	14 - UF <b>41</b>	15 - Código CBO <b>225270</b>

## Dados da Internação

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

18 - Indicação Clínica  
códigos negados na guia inicial solicitando como complemento

## 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>30733065</b>	<b>REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDRPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>98</b>	<b>08011081</b>	<b>PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				

## Dados da autorização

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

26 - Justificativa da operadora

## 27 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/04/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL

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