

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95968125

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 343269 | - Número da Guia | a Atribuído pela Opera | adora | | 95968 | 125 | | | | |
|---|--------------------------------------|---|------------------------------|--------------------|----------------|----------|----------------------------------|------------|---------------|-----------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | <u> </u> | 6 - Data de Valid | lade da Senha | 1 | 7123 | | | | |
| 30/07/2024 0 | 11 | 95968125 | 11 | 28/09/2024 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | J | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | † † | alidade da Carteira | 9 - | Atendimento | de RN | | | | |
| 0050000006977742 | | 06/0 | 5/2025 | | N | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome VITORIA GOMES DA | SILVA | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Sol | icitante | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | · ' ' | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional S | | | | 11 | elho Profissio | nal | 16 - Número do Co | nselho | 17 - UF | 18 - Código CBO |
| RAFAEL MAURICIO | | d d- lot | | 06 | | | 28806 | | 41 | 225270 |
| Dados do Hospital / Loca 19 - Código na Operadora / | | dos da Internação 20 - Nome do Hospi | tal / Local Solicitado | <u> </u> | | | 1 | 21 - Data | a sugerida n | ara Internação |
| 10.246.214/0001-04 | | UNIORT E ORT | | | DA | | | | 2024 00:0 | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Int | ernação 24 - Regir | ne de Internação 1 | 25 - Qtde. Diárias | Solicitadas | 26 - Pre | evisão de uso de OPN S | 1E 27 - | Previsão de I | uso de Quimioterápico |
| 28 - Indicação Clínica LESAO LIGAMENTAR | | 1 | | • | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcio | nal) 30 - CID | 10(2) (opcional) | 31 - CID 10(3) (opc | ional) 32 - CID | 10(4) (opciona | al) | 33 - Indicação de Ac | cidente (a | cidente ou d | oença relacionada) |
| | | | | | | | | | 9 | |
| Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código | Assistenciais Sol do Procedimento | | <u> </u> | | | | | 37 | - Otdo Soli | c. 38 - Qtde. Aut. |
| 1- 22 30734053 | | | | CIONAMENTO | OU REFOR | CO DE | E LIGAMENTO - | | - Qtae. Soil | c. 38 - Qtde. Aut. |
| 2- 18 60000805 | | | | | | | EIRO PRIVATIVO | | | 1 |
| 3- 18 60024151 | | ALUGUELT | AXA DE APARI | ELHO / EQUIPA | MENTO PA | RA AI | RTROSCOPIA P | AR 1 | | 1 |
| 4- | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admis | ssão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Au | itorizadas 41 - | - Tipo de Acomoda | ção autorizada | | | | | |
| 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 | | 1 | 1 | po ao moomoda | | | | | | |
| 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 / Justificati Telefone Contratado: (43 46 - Data da Solicitação | 3)3372-0900 / Er | nitido em 30/07/202 | · | ular: LAERCIO D | | | nsável | natura do | Responsávy | el pela Autorização |



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

| 1 - Registro ANS | 11 | | 4 - Senha | ! | | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | | | |
|---|-----------------------|---------------------------------------|--|---|---|---|----------------------------------|--|--|
| 343269 | | 95968125 | | 95968125 | 30/07/2024 08:22 | | 95968125 | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | | |
| 0050000006977742 | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | |
| VITORIA GOMES DA S | ILVA | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solic | itante | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail | | | | | | | | | |
| RAFAEL MAURICIO BI | ELETATO | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | , | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica | | | | | | | | | |
| LESAO LIGAMENTAR LESAO LIGAMENTAR | | | | | | | | | |
| 220/10/2/07/11/2/17/11 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate | | Descrição 22 - Referência do mater | rial no fabricante | 16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solid de Euncionamento | citado 19 - Qtde. Autorizada | a 20 - Valor Unitário Autorizado | | |
| 1- 00 72466103 | | | DESCARTAVEL - 2831-050/ 39.44.04.00050 - | | | _ 2 | , | | |
| 10417940137 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <u> </u> | | _1 - | 1-1-1-1-1'1-1-1 | | |
| 2- 00 76221229 | AN | | ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR | 2 | | _ 2 | , | | |
| 10247700123 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | . <u></u> , | | — ' | 111/11 | | |
| 3- 00 100066879 | CA | NULA DE DEBRIDAÇÃO A | ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9- | | | _ 1 | | | |
| 81288540024 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ | | _ . | 1 | | |
| 4- _ | | | | | _ | _ | | | |
| | _ _ _ | | | | | | | | |
| 5- _ | _ _ _ | | | | _ | _ | , | | |
| | _ _ _ | | | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ | | | |
| 6- _ | _ _ _ | | | | _ | _ | , | | |
| | | | | | | _ _ | | | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | (a=/aaa / / = | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/07/2024 / Empresa / Titular: LAERCIO DA SILVA NETO | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | | | |
| 20 2ata da Conoltação | | onocional conocianto | | 20 7.00 | | | | | |