

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94500362

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 94500362 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 21/03/2024 17:43 94500362 20/05/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000003368273 26/07/2025 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome MATEUS FRANCESCON FERREIRA DE MELLO Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF 30165 **GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA** 06 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 01/04/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C Ν Ν 1 28 - Indicação Clínica RUPTURA DO LCA MENISCO LATERAL JOELHO ESQUERDO 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30726190 LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR 2- **22** 30733030 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO 3- **22** 30733057 MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO 4- **22** 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 5- **22** 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 2 6- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 7- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 8- |__|_| 9- | | | 10-| | | 11-12-I I I I I $I \quad I \quad I \quad I$ Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/03/2024 / Empresa / Titular: LUCIANA FRANCESCON DE OLIVEIRA FERREIRA DE MELLO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

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

·	3 - Número da Guia Referen	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	
343269		94500362		94500362	21/03/2024 17:43		94500362
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social		29 - Nome Social					
0050000003368273							
8 - Nome							
MATEUS FRANCESCON FERREIRA DE MELLO							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO LCA + MENIS RUPTURA DO LCA MENIS							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição	l no febricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 100066879		22 - Referência do materia	RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	23 - N° Autorização	I I I I I I	_ 1	
81288540024	OA!		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u> </u>	I '	I
2- 00 00597007	PAI		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_ 2		_ 2	
80044680085		ARTHROM COMERCI	O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		 -	
3- 00 72320907	DIS	POSITIVO DE FIXACAO DE	LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	<u> _ </u> 1	,	_ 1	_ _ ,
80044680067		ARTHROM COMERCI	O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- _					_	_	,
	_				_ _ _ _	_ _	
5- _	-				_	_	,
	_				_ _ _ _		
· I—I—I I—I—I—I—I—I—I—	-IIII 				!	_	IIIII
24 - Especificação do Material				1-1-1-1-1-1			
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/03/2024 / Empresa / Titular: LUCIANA FRANCESCON DE OLIVEIRA FERREIRA DE MELLO							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		