

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91055106

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da G	uia Atribuído	pela Opera	dora			91055106				
4 - Data da Autorização 03/05/2023 17	7: 02 5 - Ser		1055106	6 - Data de Vali	idade da Senl 02/07/	i					
Dados do Beneficiário	''										
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	a	9 - Atendi	imento de RN				
0050000002115266			21/09	9/2023			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome CLAUDECIR EGISTO	MEDRI										
Dados do Contratado Sol	icitante										
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do C	ontratado							
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA E	SPECIALI	ZADA LTD	Α				
14 - Nome do Profissional S					15	- Conselho Pi	rofissional	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE RIBEIR	A PROVEN	ZA			06	28281				41	225270
Dados do Hospital / Local			-								
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		al / Local Solicitad					11		ara Internação
10.246.214/0001-04	1.			OPEDIA ESPE						2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de	-	24 - Regim	ie de Internação 1	25 - Qtde.	Diárias Solicita 1	adas 26 - Pr	evisão de uso de	OPME 27 - I	Previsão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica M232 TRANST MENISCO	DEV DUDT	IDA OLLI E	cão.								,
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30 - CI	D 10(2) (opci	ional) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional) 3	? - CID 10(4) ((opcional)	33 - Indicacão d	e Acidente (a	cidente ou d	loença relacionada)
						.,,			<u> </u>	9	
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código	do Procedimer		- Descrição						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065			-	J SUTURA DE	UM MENIS	CO - PRO	CEDIMENT	O VIDEOARTI		- Qide. Soii	2
2- 18 60000805		DIA	ARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE	2 LEITOS	COM BANH	IEIRO PRIVAT	TIVO 1		1
3- 18 60024151		AL	UGUELT	AXA DE APAR	RELHO / EG	UIPAMEN	TO PARA A	RTROSCOPI	A PAR 1		1
4- _									L	_	_
5-		_ _							_	_ _	
6- _		_							L	_	
7- _ _ _ _	_ _ _	_! _								-	
8-		!							_	-	
9-									-	_	
10-	 	_							-	-lll 	
12-	 	I							I I	-II 	
Dados da autorização											,,_,
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Otde	Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Aco	modação aut	torizada				
		<u> </u>	1	1	-						
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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/05/2023 /**CAPA + EQUIPO***PAGO EM CONTA *** / Empresa / Titular: CLAUDECIR EGISTO MEDRI 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
Jaka da Gonoliação	7′ -	comatura t		Conontainto	.c / Noomatt	Donono	од повр	70 - 7			poia i idionzagao



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	91055106			91055106		91055106		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
005000002115266								
8 - Nome								
CLAUDECIR EGISTO N	IEDRI							
Dados do Profissional Solici	tante							
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	- E-mail			
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA							
Dados da cirurgia				,				
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM DOR INTE M232 TRANST MENISCO I **CAPA + EQUIPO***PAGO	DEV RUPTURA OU LESÃO		ROGRESSIVA. ROTURA DOS MENISCOS MED	DIAL E LATERAL. INDICO	TRATAMENTO CIRURGICO PO	R VIDEOARTROSCOPIA COM URGENCIA.		
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00590045 80777280006	LAN	MINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	_ ,	_ 1		
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200					
80743230025	OAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			- '		
3-				_				
					 _			
4- _	_ _ _			_	_	_		
					_	_ _		
5-	_ _ _			_	_	-		
					_			
6- _	_			_	_			
24 - Especificação do Material						_		
24 Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/05/2023 /**CAPA + EQUIPO***PAGO EM CONTA *** / Empresa / Titular: CLAUDECIR EGISTO MEDRI								
Telefone Contratado. (40/00/2-0900 / Entitudo en 00/00/2020 / CAPA T EQUIPO PAGO EN CONTA / Entiplesa / Hitulai. CEAODEON EGIOTO MEDIN								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			