

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91614013

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia A	Atribuído pela Operadora	91	614013							
4 - Data da Autorização 5 - Senha	l t	de Validade da Senha	2.12.2							
22/06/2023 10:12	91614013	22/08/2023								
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	8 - Validade da 0	Carteira 9 - Atendime	nto de RN							
9700020010136945	İ		N							
50 - Nome Social	,									
10 - Nome EMERSON FELIX DA SILVA										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 07.142.188/0001-51	13 - Nome do Contratado SAO FRANCISCO IN	JETITUTO VIDA								
14 - Nome do Profissional Solicitante	SAO FRANCISCO II	15 - Conselho Profi	ssional 16 - Número do C	onselho 17 - UF 18 - Código CBO						
CIRO VERONESE DOS SANTOS		06	23858	41 225270						
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dado	•									
1 ' '	20 - Nome do Hospital / Local S SAO FRANCISCO INST			21 - Data sugerida para Internação 03/07/2023 00:00						
22 - Caráter do Atendimento 1 23 - Tipo de Inter C	rnação 24 - Regime de Intern	ação 25 - Qtde. Diárias Solicitada 1	s 26 - Previsão de uso de OP S	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N						
28 - Indicação Clínica S835 Reconstrução Ligamentar										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10	0(2) (opcional) 31 - CID 10	ı(3) (opcional)	cional) 33 - Indicação de A	Acidente (acidente ou doença relacionada)						
				9						
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solici				07. 0(1) 0.1" 00. 0(1) 4.4						
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 22 30733073 4- 22 30731216 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7-	OSTEOCONDROPLA RECONSTRUCAO, F TRANSPOSICAO DE DIARIA DE QUARTO ALUGUELTAXA DE	RA DE UM MENISCO - PROCE ASTIA - ESTABILIZACAO, RE: RETENCIONAMENTO OU REF E MAIS DE 1 TENDAO - TRATA O COLETIVO DE 2 LEITOS CO APARELHO / EQUIPAMENTO	SSECCAO E/OU PLASTI ORCO DO LIGAMENTO AMENTO CIRURGICO IM BANHEIRO PRIVATIV PARA ARTROSCOPIA I	A# 1 1 CR 1 1 1 1 /O 1 1						
12-										
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 4	10 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo do Acomodosão cutorio	zada							
39 - Data provavei da Admissao nospitalar 4	u - Qtde Diarias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autoria	zada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 07.142.188/0001-51	43 - Nome do Hospital / Lo			44 - Código CNES 2729539						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 22/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PA ULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS										
46 - Data da Solicitação 47 - Ass	sinatura do Profissional Solicita	ınte 48 - Assinatura do Beneficiári	o ou Responsável 49 - Ass	sinatura do Responsável pela Autorização						



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		1	6 - Número da Guia atribu	· · ·				
343269		91614013		91614013	22/06/2023 10:12		91614013				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
9700020010136945											
8 - Nome											
EMERSON FELIX DA SILVA											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone			11	I - E-mail							
CIRO VERONESE DOS SANTOS											
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica											
Paciente apresentando lesões em joelho direito, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico S835 Reconstrução Ligamentar											
AUTORIZADO CONFORM											
25145.0 11.11.1											
OPME Solicitadas	45	S		10.0	0.1536 1. 40 . Vol. 11.353 2. 0.15	% I. 40 Oth A to 2 of	00 1/21/21/22 A 1/2 / 1				
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante	16 - Opçao 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitario Autorizado				
1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMI			1		1						
80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-	1-1-1-1/1-1-1					
2- 00 78898676 DISPOSITIVO DE REPARAÇÃO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D		_ 3	_ _ ,	_ 3	_ _ , _						
0044680449 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _	_ _ _								
3- 00 72320893 DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -		_ 1	_ _ _ ,	_ 1	,						
80044680067		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4- 00 00597007	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	<u> 1</u>	_ _ ,	_ 1	_,				
80044680085		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_ _ _ _						
5- _	_ _ _				_	_! .	,				
	_ _ _				_ _ _ _	_					
6-	_ _ _				_	_	,				
					_ _ _ _	_ 					
24 - Especificação do Materia											
25 - Observação / Justificativa											
		06/2023 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: UNIMED DO ESTADO	O DE SAO PAULO CONFEDERA	CAO ESTADUAL COOP	ERATIVAS MEDICAS				
00. Data la 0. ". ". "	107 4	Control Out of		100 6 1 1 1	Decree of about A to the W						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	Diissionai Soiicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						