

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

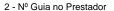
2 - Nº Guia no Prestador

92198302

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído nel	la Oneradora						
343269	ramero da Gala	Allibuldo per	а орстацога		9219	8302			
4 - Data da Autorização 14/08/2023 16:	5 - Senha	0210	6 - Data de	Validade da Sen	1				
Dados do Beneficiário	33	9218	96302	13/10/	2023				
7 - Número da Carteira		1	8 - Validade da Car	teira	9 - Atendimento	de RN			
0050000047653089 10/10/2025					N				
50 - Nome Social									
10 - Nome ALESSANDRO ALVES	DE OLIVEIR	A							
Dados do Contratado Solic	itante								
12 - Código na Operadora		11	me do Contratado						
10.246.214/0001-04	1.2.	UNIOF	RT E ORTOPEDIA				. 0	[40, 07, III. OD0	
14 - Nome do Profissional Solicitante15 - Conselho Profissional16 - Número do Conselho17 - UF18 - Código CBOALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA2828141225270									
Dados do Hospital / Local S			•				750000000000000000000000000000000000000		
19 - Codigo na Operadora / C 10.246.214/0001-04	19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 14/09/2023 00:00								
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	rnação 24	1 - Regime de Internaçã 1	25 - Qtde.	Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de S	OPME 27 - Previsão de u	so de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica VIDEOARTROSCOPIA DE	JOELHO direite	0							
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID 10	0(2) (opciona	al) 31 - CID 10(3)	(opcional) 3	2 - CID 10(4) (opcior	nal) 33 - Indicação d	e Acidente (acidente ou d 9	oença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados				-,			
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011081 4- 18 60024151 5- 6- 7- 8- 9-	- - - - - - - - - -	REPA OSTE PCT A ALUG	OCONDROPLAS ARTROSCOPIA D GUELTAXA DE AF	TIA - ESTABII E JOELHO UI PARELHO / EC	LIZACAO, RESS NIORTE - ENF RUIPAMENTO P	MENTO VIDEOARTI ECCAO E/OU PLAS ARA ARTROSCOPI	STIA # 1 1 A PAR 1	2. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1	
10- 11- 12- 11-	_ _ _						_ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 2	40 - Qtde Diá	árias Autorizadas 1	41 - Tipo de Ac	omodação autorizad	la			
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	me do Hospital / Local		ZADA LTDA		t i	44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43): 46 - Data da Solicitação	3372-0900 / Em						Assinatura do Responsávo		





92198302

Unimed &

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuí	do pela Operadora
343269	92198302			92198302	14/08/2023 16:35		92198302
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000047653089							
8 - Nome							
ALESSANDRO ALVES	DE OLIVEIRA						
Dados do Profissional Solid							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA							
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica							
PÓS OPERATÓRIO TARD VIDEOARTROSCOPIA DE		PIA. ATUALMENTE APRESI	ENTA NOVAS LESÕES EM JOELHO DIREITO, ROTI	URA DO MENISCO I	MEDIAL EM ALÇA DE BALDE E I	.ESÃO OSTEOCONDRAL	. ENCAMINHO PARA TRATAMENT
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045		22 - Referência do mate MINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
80777280006	LAN		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	_	_ 1	
2- 00	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1	_ _ , _
80743230025	5 7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1 .	1-1-1-171-1-1
3- _						_	_ ,
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
4-	_ _ _				_	_	_ ,
_ _ _	_ _ _ _			_ _ _	_ _ _ _	_ _	
5- _	_ _ _ _				_	_ _	,
		_ _ _ _ _				_	
⁶⁻ _ _ _	 _ _				_	_	,
24 - Especificação do Materia					. ,		
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		08/2023 / Empresa / Titular:	ROI COMUNICACAO DIGITAL LTDA ME				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		