

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91691848

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3	Número da Guia	Atribuído p	pela Opera	dora			91691	848				
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de Valid		i						
28/06/2023 18:	32	91	691848		27/0	8/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira		9-7	Atendimento (de RN				
0050000004738252 05/04/2024							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome JOVINO LOCATELLI												
Dados do Contratado Solic 12 - Código na Operadora	itante	12 - N	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04		11		RTOPEDIA ES	SPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante] [1	15 - Conse	lho Profission	nal 1	6 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA						06			28281		41	225270
Dados do Hospital / Local S			-	.l / l a a a l Caliaita da						1 04 Dat		
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	- 11			al / Local Solicitado DPEDIA ESPE		ADA LTI	DA .			11	a sugerida p 2023 00:0	oara Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qtd	e. Diárias S	Solicitadas	26 - Previ	são de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		2			S			N
28 - Indicação Clínica M232 TRANST MENISCO	DEV RUPTUR	A OU LES	SÃO JOEI	HO DIREITO								
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)												
		.,,,,								9		
Procedimentos ou Itens As												
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011081 4- 18 60000805 5- 18 60024151	o Procedimento	REF OST PCT DIA	TEOCON F ARTRO RIA DE	J SUTURA DE I DROPLASTIA I SCOPIA DE JO QUARTO COLI AXA DE APARI	- ESTAB DELHO U ETIVO D	BILIZACA UNIORTI DE 2 LEIT	AO, RESSE E - ENF FOS COM E	ECCAO BANHE	E/OU PLASTI IRO PRIVATIV	OSC 1 A # 1 1 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
7-		 								_ _ _ _		
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde [Diárias Auto	orizadas 41 -	· Tipo de A	Acomodac	ão autorizada					
,			2	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 28/06/2023 / Empresa / Titular: JOVINO LOCATELLI 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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 atribuío	
343269	91691848		91691848	28/06/2023 18:32		91691848
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000004738252						
8 - Nome	·					
JOVINO LOCATELLI						
Dados do Profissional Solici	itante					
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTA L M232 TRANST MENISCO I	ESÃO DO MENISCO MEDIAL ASSOCIADO A LESÃO DEV RUPTURA OU LESÃO JOELHO DIREITO	CONDRAL EM JOELHO DIREITO. ENCAMINHO PARA	A TRATAMENTO C	CIRURGICO POR VIDEOARTRO	COPIA	
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SET	「ORMED - 001030306 . CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	<u> _ _ ,</u>	_ 1	_ _ , _
2- 00 00116700			_ _ _ 1		1	,
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_, ;		_l '	IIII ¹ III
3-		I	_		_	_ ,
				_ _ _ _	_ _	
4-	_ _ _ _		_	_ _ _ , _	_	,
				_ _ _ _		
⁵⁻			_	_	_	_ _ , _
		- 		_ _ _ _	II -	,
• <u> _ </u>	_ _ _		ı			1-1-1-1-1'1-1-1
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa		IOVINO LOCATELLI				
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 28/06/2023 / Empresa / Titular:	JOVINO LOCATELLI				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		