

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90565995

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído ne	la Operadora									
343269	Trumoro da Guia	turburdo por	па орогасога		90	565995						
4 - Data da Autorização 21/03/2023 16	5 - Senha	9056	6 - Data d	e Validade da Se 20/0	enha 5/2023							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Ca	arteira	9 - Atendime							
0050000002788864			22/06/2024			N						
50 - Nome Social												
10 - Nome ROZIMEIRE APARECIDA LEONARDI												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	me do Contratado									
10.246.214/0001-04		UNIOF	RT E ORTOPED						10			
14 - Nome do Profissional So ALEXANDRE RIBEIRA				† †	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28281			onselho 17 - UF 41	18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local S			•									
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								21 - Data sugerida p	,			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnação 24	4 - Regime de Interna	ção 25 - Qto	de. Diárias Solicitada	26 - Pre	evisão de uso de OPN	ME 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico			
1 28 - Indicação Clínica	С		1		1		S		N			
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		0(2) (opciona	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionad 9		doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	citados										
34 - Tabela 35 - Código o 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-	lo Procedimento	REPA OSTE PCT /	escrição ARO OU SUTURA EOCONDROPLA ARTROSCOPIA GUELTAXA DE A	STIA - ESTAE DE JOELHO PARELHO / I	BILIZACAO, RE UNIORTE - ENF EQUIPAMENTO	SSECCAC E D PARA AI	O E/OU PLASTIA	A # 1 1	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1			
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Diá	árias Autorizadas	41 - Tipo de /	Acomodação autori	izada						
42 - Código na Operadora / 0	CNPJ autorizado	43 - Noi	me do Hospital / Loc	1 al Autorizado					44 - Código CNES			
10.246.214/0001-04		LIZADA LTDA				6528104						
45 - Observação / Justificativ. Telefone Contratado: (43):	3372-0900 / Em											
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do F	Profissional Solicitan	te II 48 - Assin	atura do Beneficiár	io ou Respon	nsável 149 - Assi	natura do Responsáy	el pela Autorização			



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Numero da Guia Referenciada	- Senna		5 - Data da Autorização 6 - Numero da Guia atrit		ibuido peia Operadora	
343269	90565995		90565995	21/03/2023 16:04		90565995	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social						
0050000002788864							
8 - Nome							
ROZIMEIRE APARECIE	DA LEONARDI						
Dados do Profissional Solici							
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	- E-mail			
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA						
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica							
PACIENTE COM DOR INTE	ENSA EM JOELHO ESQUERDO, APRESENTA LESÃO OSTEOCONDROPATIA EM JOELHO ESQUERDO	D EM ROTURA DO MENISCO MEDIAL E OSTEOCO	ONDROPATIA. ENCAN	MINHO PARA TTO CIRURGICO F	'OR VIDEOARTROSCO)PIOA DE JOELHO	
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizad	la 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00116700 80743230025		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	_ _ _ ,	_ 1	,	
2- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET				_ 1	_ _ , _	
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>'</u>		-1 '	₂	
3-				_,,_,_,_, _		_ _ , _	
				_	_		
4-				_	_	_ _ , _	
				_			
⁵⁻				_	_	,	
				_ _ _ _ _ _ _ _ _	 -	,	
• <u> _ </u>				_	-1	1-1-1-1-171-1-1	
24 - Especificação do Material					<u></u>		
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 21/03/2023 / Empresa / Titular:	ROZIMEIRE APARECIDA LEONARDI					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			