

## 89741545



## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da G	uia Atribuíd	do pela Operadora 89741545								
4 - Data da Autorização 05/01/2023 10	5 - Senha		89741545	6 - Data de Validade da Senha 12/03/2023							
Dados do Beneficiário											
7 - Numero da Carteira 8550970061739104			8 - Validade da Carteira	11	- Atendimento de RN N						
10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde  MARCOS LETAIF GAETA											
Dados do Contratado Solicitante											
			13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
14 - Nome do Profissional Solicitante  ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ				15 - Conselho Pr	o Profissional 16 - Número do Conselho 17905			17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>		
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Intern			ernação								
19 - Código na Operadora / CN 10.246.214/0001-04	CIALIZAD	A LTDA			21 - Data s 20/01/20	-	a Internação				
22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Interna			24 - Regime de internação						27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
1 28 - Indicação Clínica	2		1		1		s		N		
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2	) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4	) (opcional) 33	- Indicação de	Acidente (acide	ente ou doenç	a relaciona	da)	
Procedimentos ou Itens Assiste	nciais Solicitados							<u> </u>			
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	36 - D	Descrição					;	37 - Qtde. S	olic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 1								1			
2- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1 1 3- 98 08011046 PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - ENF 1 1 1								1			
4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1								-			
5-	_ _ _ _								_ _ _	.	
6-	_ _ _ _	<u> </u>							_ _ _	_ _ _	
7-   _	_ _ _ _	!							_ _ _	_ _ _	
8-	_ _ _ _	.l							_ _ _		
9-	_ _ _ _	·							_ _ _	.	
10-	 								 	.l	
12-	 								 	·	
Dados da autorização		' -								·	
39 - Data provável da Admissã	o hospitalar	0 - Qtde Di	iarias Autorizadas   41 - Tipo	de acomodaçã	ão autorizada						
			1 1								
1			Nome do Hospital / Local Autorizado  IIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA							44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CENTR O OESTE PAULISTA FED INTRAFEDERATIVA COOPERATIVAS MEDICAS  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
46 - Data da Solicitação	_   47 - Assii	iatura do Pi	ionssional solicitante	46 - Assina	uura oo beneficiári	o ou kesponsa	avei    49 - A	assinatura do	responsav	ei peia Autorižação	



## 89741545



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora			
343269		89741545		89741545	05/01/2023 10:11	89741545			
Dados do Beneficiário									
7 - Numero da Carteira	8 -	Nome							
8550970061739104	550970061739104 MARCOS LETAIF GAETA								
Dados do Profissional Solicitante									
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	- E-mail				
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAćAO CLINICA EM DOR+ INSTABILIDADE SE AUTORIZADA CONFORME	M MELHORA TTO CLINICO								
OPME Solicitadas	45.0			10.0 ~ 17.6	21. 0 1: 1. 10 1/1 11 1/1: 0.1				
<ul><li>13 - Tabela 14 - Código do Ite</li><li>21 - Registro ANVISA do materi</li></ul>		crição	22 - Referência do material no fal		Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento			
1- 00 00590045	LAMIN	IA PARA SHAVER SE	TORMED - 001030306	_  2	1 1 1 1.1	2			
80777280006			CIO DE IMPLANTESORT	 	I—I—I—I—III				
2- 00 70627657	PI AC		RA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLAC		 				
10208610040	I LAC			<b>,</b>	1 1 1 1 1 1	'			
	5454		CIO DE IMPLANTESORT		l-				
3- 00 00597007	PARAI		CIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE	1					
80044680085		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T                       </u>		I_	_ _ _ _			
4-				_	_ _    ,	_ _			
	_				<u> </u>				
5-   _				_					
				1111					
6-	-,,,,,,,,,,,,,-		ı—ı—ı—ı—ı—ı—ı—						
				-					
24 - Especificação do material			IIIIIIII		I—I—I—I—I—I—I—I—I	<del></del>			
24 - Especinicação do material									
25 - Observações / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CENTR O OESTE PAULISTA FED INTRAFEDERATIVA COOPERATIVAS MEDICAS									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissio	onal Solicitante		28 - Assinatura do I	Responsável pela Autorização				
_ /  _ /  _	<u>  </u>								