

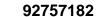
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92757182

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído pela	Operadora								
343269					92757	182					
4 - Data da Autorização 05/10/2023 08:	30 5 - Senha	92757	11	/alidade da Senha 04/12/2 0	23						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000057693326			07/08/2025		N						
50 - Nome Social											
10 - Nome RAFAEL ULISSES DA SILVA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		11	e do Contratado	E00E0141.13							
10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORTOPEDIA			. 11.0 11.	" 145 45 140 045 000				
14 - Nome do Profissional So ALEXANDRE RIBEIRA			06	Conselho Profission	16 - Número do C 28281	onselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270					
Dados do Hospital / Local S											
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida par 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 26/10/2023 00:00							21 - Data sugerida para Internação 26/10/2023 00:00				
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	nação 24 -	Regime de Internação 1	25 - Qtde. Di	árias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OP S	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N				
28 - Indicação Clínica RECONSTRUÇÃO DE LCA	A JOELHO DIRE	ITO					,				
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID 10	(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional) 32 -	CID 10(4) (opciona	II) 33 - Indicação de A	Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solici	itados									
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30726190 2- 22 30733049 3- 22 30733073 4- 22 30731216 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7-	o Procedimento	OSTEO RECON TRANS DIARIA ALUGU	ES LIGAMENTAR DCONDROPLAST NSTRUCAO, RET SPOSICAO DE MA DE QUARTO C JELTAXA DE AP	TIA - ESTABILI: ENCIONAMEN AIS DE 1 TEND OLETIVO DE 2 ARELHO / EQU	ZACAO, RESSE TO OU REFORC AO - TRATAME LEITOS COM E IPAMENTO PA	- TRATAMENTO CIR CCAO E/OU PLASTI CO DO LIGAMENTO ENTO CIRURGICO BANHEIRO PRIVATIV RA ARTROSCOPIA	A# 1 1 CR 1 1 1 1 /O 1 1				
Data provavorua Auriliss	as nospitalal 4	- Giuc Dialle	- 11	1	osayao autonzada						
1 11			B - Nome do Hospital / Local Autorizado NIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNE 6528104								
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/10/2023 / Empresa / Titular: NORTOX S/A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



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

Unimed A

1 9 11	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora							
343269		92757182		92757182	05/10/2023 08:30	92757182							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social											
005000057693326													
8 - Nome													
RAFAEL ULISSES DA SILVA													
Dados do Profissional Solicitante													
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	11 - E-mail								
ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA													
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica													
PACIENTE SOFREU ENTOI RECONSTRUÇÃO DE LCA		O, E EVOLUIU COM ROTUR	A DE LCA+ROTURA DE LIGAMENTO COLATER	AL E LESÃO OSTEOC	CONDRAL. ENCAMINHO PARA 1	RATAMENTO CIRURGICO POR VIDEOARTROSCOF							
OPME Solicitadas													
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado							
21 - Registro ANVISA do Mater 1- 00 00590045		22 - Referência do materi MINA PARA SHAVER SETO		23 - Nº Autorização	de Funcionamento								
80777280006	LA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		- -	_ 1							
2- 00 00597007	PA		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_ 3							
80044680085			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
3- 00 00116700	CA	NETA ABLACAO RF STRIF	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1							
80743230025		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 									
4- _					_ _ _ , _	_							
	_				_ _ _ _	_ _							
5- _					_ _ _ , _	_							
	_				_ _ _ _ _	_ _							
6- _	<u> </u>				_ _ _ _ , _	_! ,							
	_				_ _ _ _								
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 05	/10/2023 / Empresa / Titular: N	NORTOX S/A										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização								
					-								