

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91537920

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número da Gu	uia Atribuído	nela Opera	udora								
<b>343269</b>	- Numero da Go	iia Allibuluo	реіа Орега	luora			9153	7920				
4 - Data da Autorização	5 - Sen		4527000	6 - Data de Vali		i						
14/06/2023 16:17     91537920     18/08/2023       Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	l .	9 - 1	Atendimento	de RN				
1470000002174161 31/12/2023							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome  LUCINEIA MARIANO DA SILVA FRANCHIN												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do C		SPECIA	I	I TDA					
										18 - Código CBO		
ALEXANDRE RIBEIR	A PROVENZ	ZA			-	06 28281			28281		41	225270
Dados do Hospital / Loca	I Solicitado / D	ados da Int	ternação					,				
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		al / Local Solicitad		ADA I TI	D.A.			11		ara Internação
22 - Caráter do Atendimento				ORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZA  io 24 - Regime de Internação 25 - G			Solicitadas	ae Bro			<b>06/2023 00:00</b> 27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1	C	· '	24 - Negiii	1	25 - Q10	1	Solicitadas	20-116	S	TIVIL   27 -	r revisao de	N
28 - Indicação Clínica M232 TRANST MENISC	O DEV RUPTU	IRA OU LE	SÃO									
20. CID 40 Driveinal (operior	20 01	2.40(2) /eso	ianah   [2	14. CID 40(2) (ap	nianal)	22 CID	40/4\/appion	100 TC	22. Indicação do	Asidonto (o	pidanta avv	Jacobs salesiane dal
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (			cional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - In			55 - Indicação de A	Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9		
Procedimentos ou Itens A											0:1-0:1	
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 18 60000805 4- 18 60024151	) ;	RE OS DI	STEOCON ARIA DE	IDROPLASTIA QUARTO COL	- ESTAE ETIVO D	BILIZACA DE 2 LEIT	AO, RESSI TOS COM	ECCAC BANHE	VIDEOARTRO E/OU PLAST EIRO PRIVATIV RTROSCOPIA	OSC 2 IA# 1 /O 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 2 1 1
5-				ANA DE AFAN						L		
Dados da autorização  39 - Data provável da Admi	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de A	Acomodac	ão autorizada	а				
			1	1		y						
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 <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/06/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO  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 -	Assinatura (	ao Profission	nal Solicitante	48 - Assina	atura do B	eneticiário ou	u Kespor	nsavel    49 - As	sınatura do	Responsáv	ei pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador



## 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 atribuído pela Operadora					
343269	91537920		91537920	14/06/2023 16:17	91537				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
1470000002174161									
8 - Nome									
LUCINEIA MARIANO D	A SILVA FRANCHIN								
Dados do Profissional Solic	itante								
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	1	- E-mail					
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA								
Dados da cirurgia									
	E MENISCO MEDIAL E LATERAL ASSOCIADO A LES DEV RUPTURA OU LESÃO E UNIMED DE ORIGEM	SÃO CONDRAL EM JOELHO ESQUERDO.ENCAMI	INHO PARA TRATAME	ENTO CIRURGICO POR VIDEOA	ARTROSCOPIA.				
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- <b>00 00590045 80777280006</b>	LAMINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_   ,	_  1	_ _ , _			
2- <b>00</b>		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1				
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1 .	'			
3-   _				_	_	,			
		_ _ _ _		_ _ _ _					
4-   _				_	_ _	,			
				_ _ _ _	_				
5-				_	_	_ _ , _			
	-			_ _ _ _  	 -	,			
	_ _ _				_ll	1-1-1-1-1/1-1-1			
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/06/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
TOURS OF THE SOURCE STORE AND A THE STORE OF									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					