

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95435120

(Via HOSPITAL)

1.00 1.00										
1/08/2024 10/50 95435120 1/08/2024	1 " 11	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operadora		9	95435120			
Description Communication	4 - Data da Autorização	11		l t		1		•		
7- Notice do Cartieria S- Verificate de Cartieria S- Verificate de Cartieria S- Ameridianatio de FR N		:59	954	35120	11/	08/2024				
10 - Norme 10	7 - Número da Carteira			8 - Validade	da Carteira	9 - Atendir	nento de RN			
Dados do Contribado Solicitame 12-Codign no Contribado Solicitame 12-Codign no Contribado Solicitame 12-Codign no Contribado Solicitame 12-Codign no Contribado Solicitame 13-Nome do Contribado Septembra 10-246-214/0001-04 10-246-214/0001-04 10-Codign no Contribado Solicitame 10-Codign no Contribado (Codign no Contribado Solicitame) 10-Codign no Contribado (Codign no Codign no Cod	0050000059588490			07/10/2024	4		N			
Danks de Contrainta Sociaries 10.246.2/14/0001-04	50 - Nome Social									
Danks de Contrainta Sociaries 10.246.2/14/0001-04										
13 - Color 13 - Color 13 - Norme do Professorial Solicitarios 14 - Norme do Professorial Solicitarios 15 - Conseido Professorial Solicitarios 16 - Norme do Professorial Solicitarios 17 - UF 18 - Código CBO 225270 2252	†	/ARES DA S	ILVA							
10.246.214/0901-04		citante	-11							
15 - Conseino Professional Solicitante 15 - Conseino Professional 16 - Número do Conseino 17 - UF 18 - Codgo CBO 225270	1 -		11			\	٨			
ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA Dados do Hispital / Local Solicitado / Dados da Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 10.246.2140001-04 22 - Carister do Alexdimento 21 - Data superida para Internação 2006/2024 00:00 22 - Carister do Alexdimento 22 - Tipo de Internação 21 - Regime de Internação 25 - Cido. Dárias Solicitados 26 - Previsão de uso do Civillo 27 - Previsão de uso do Civillo 28 - Indicação Citinica reconstrução de los de joselho esquerdo 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 relacionado) 9 Procedimentos ou litera Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Codigo de Procedimento 36 - Descrição 37 - CiD 10(4) (opcional) 37 - CiD 10(4) (opcional) 37 - CiD 10(4) 38 - Octobrio 39 - Descrição 39 - CiD 10(4) 39 - Octobrio 39 - CiD 10(4) 30 - Octobrio 30		licitante	ONIO	KI E OKIOI	FEDIA ESFECIA			16 - Número do C	onselho 17 - I	IF 18 - Código CBO
19- Colding on Operatoria, CRP1 20- Nome do Peoples / Local Solidation 21- Data supprising para Interresção 20/06/2024 00:00 20/06/2024 20/06/							onoolonai	• •	- 11	11 -
10.246.214/0001-04	Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	os da Interr	nação						
23 - Cutation do Axiendimentro 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Quide. Diárias Solicitadas 25 - Previsão de uso de OPIME 27 - Previsão de uso de Opimilio reconstrução de la de joelho esquerdo 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doerça relacionada) 9 Priocedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 36 - Descrição 37 - Cide. Solici 38 - Quide. Aut. 1 - Tipo de Acidente (acidente ou doerça relacionada) 37 - Cide. Solici 38 - Quide. Aut. 1 - Tipo de Acidente (acidente ou doerça relacionada) 1 - 22 30726190 27 - Previsão de uso de Opimilio (acidente ou doerça relacionada) 1 - 22 30726190 37 - Cide. Solici 38 - Quide. Aut. 1 - 22 3073049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESECCAO E/OU PLASTIA # 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	,	11							_	
1									<u></u>	
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 ltens Assistenciais Solicitados 36 - Descrição 37 - Cide 36 - Descrição 37 - Cide 37 - Cide 38 - Descrição 1 1 1 1 1 1 1 1 1	22 - Caráter do Atendimento 1		ernação 2	•	ternação 25 - Q		das 26 - Pr		ME 27 - Previsão	·
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	28 - Indicação Clínica	lho coguerdo								
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 36 - Descrição 36 - Descrição 37 - Otde. Solic. 38 - Otde. Aut. 1										
36 - Descrição 37 - Cide, Solic. 38 - Qide, Aut.	29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 1	0(2) (opcion	al) 31 - CID	10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (d	opcional)	33 - Indicação de A	•	ou doença relacionada)
1- 22 30736190 LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados				1			
46. Data da Solicitação 47. Assinatura do Profissional Solicitante 48. Assinatura do Reposiciário ou Responsável 140. Assinatura do Reposaçõe do Reposações	2- 22 30731224 3- 22 30733049 4- 22 30733073 5- 22 30731216 6- 18 6000805 7- 18 60024151 8-	CNPJ autorizado	TRAM OSTE RECO TRAM DIAR ALUO I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	NSPOSICAO EOCONDROF ONSTRUCAC NSPOSICAO RIA DE QUAF GUELTAXA D iárias Autorizada 1 ome do Hospital RT E ORTOI	UNICA DE TENI PLASTIA - ESTA D, RETENCIONA DE MAIS DE 1 1 RTO COLETIVO DE APARELHO / AS 41 - Tipo de 1 / Local Autorizado PEDIA ESPECI/	DAO BILIZACAO, R MENTO OU RE TENDAO - TRA DE 2 LEITOS (EQUIPAMENT Acomodação auto	ESSECCA EFORCO D TAMENTO COM BANH TO PARA A	O E/OU PLASTI O LIGAMENTO O CIRURGICO HEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA I	1 A # 1 CR 1 1 'O 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	46 - Data da Solicitação	\[\lambda 7 - \Delta 2	sinatura do L	Proficsional Sali	citante 48 - Assi	natura do Ronofici	ário ou Paso	onsável 140 - Ass	inatura do Poenos	nsával nela Autorização





95435120

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95435120		4 - Senha 95435120		5 - Data da Autorização 12/06/2024 10:59	6 - Número da Guia atribuío	do pela Operadora 95435120
Dados do Beneficiário		00 100 120		00.00.120	12/00/2021 10:00		00.100.120
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000059588490							
8 - Nome							
DANILO MANOEL TAV	ARES DA SILVA						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	I - E-mail		
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA						
Dados da cirurgia							
PÓS-OPERATÓRIO TARD reconstrução de lca de joel		E DE JOELHO ESQUERDO,	REFERE FALSEIOS DE REPETIÇÃO, EVOLUIU CO	DM ROTURA DE LCA	A, LESÃO DE LAL AO EXAME F	ISICO \"SHIFT\" EXPLOSI\	/O E LESÃO CONDRAL GRAU 3. ENC
OPME Solicitadas 13 - Tabela 14 - Código do	Material 15 -	Descrição		16 - Opeão 17 - Otde	s. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	sitado 10 - Otdo Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização		Silado 19 - Qide. Adionzada	20 - Valor Officano Autorizado
1- 00 00499293	CAN		O OB F 2,9X5,5MM 892350000	<u> </u>	_ _ _ ,	_ 1	_ ,
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 00116700 80743230025	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1	_ _ ,
3- 00	ΡΔΕ		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_ 3	_ _ , _
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1 ~	1-1-1-171-1-1
4- _	_ _ _				_	_	_ ,
					_	_ _	
5- _	_ _ _				_	_ _	_ _ ,
_ _ _ _ 6-			- -		_ _ _ _	 -	_ _ , _
					_	-ı ı—ı—ı—ı _ll	1-1-1-1/1-1-1
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		06/2024 / Empresa / Titular: I	DANILO MANOEL TAVARES DA SILVA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		