

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95342561

(Via HOSPITAL)

1 1	uia Atribuído pela Op	eradora					
343269			9534	42561			
4 - Data da Autorização 5 - Ser		6 - Data de Validad					
04/06/2024 10:21	9534256	51	03/08/2024				
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		Validade da Carteira	9 - Atendimento	o do PN			
147000001926402	0-	validade da Cartella	9 - Atendiment				
50 - Nome Social							
Too Home Sound							
10 - Nome							
GABRIEL FRANCISCO DE SOUZ	'A XAVIER						
Dados do Contratado Solicitante							
12 - Código na Operadora	13 - Nome do						
10.246.214/0001-04	UNIORT	ORTOPEDIA ESF	PECIALIZADA LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicitante	1007	11 11		t I	- 11		
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUE			06	17905	41	225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / D 19 - Código na Operadora / CNPJ		spital / Local Solicitado			21 - Data sugarid	a para Internação	
10.246.214/0001-04	11	RTOPEDIA ESPEC	IALIZADA LTDA		10/06/2024 00	' '	
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de	<u> </u>		25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OP	<u> </u>	de uso de Quimioterápico	
1 0	· 11	1	2	S		N	
20. CID 40 Principal (springs) 20. CI	D 40(0) (arriand)	24. CID 40(0) (arriva	20 CID 40(4) (a-a-i-	20 latina i a la	-i-l		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CI	D 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcior	nal) 32 - CID 10(4) (opcio	inal) 33 - Indicação de A	ação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens Assistenciais S	olicitados				•		
34 - Tabela 35 - Código do Procedimer		ão			37 - Qtde. 5	Solic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30733065 2- 22 30733073 3- 22 30731216 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	REPARO RECONS TRANSPO DIARIA D ALUGUEI	OU SUTURA DE UI TRUCAO, RETENC DSICAO DE MAIS D E QUARTO COLET LTAXA DE APAREL	M MENISCO - PROCEDI IONAMENTO OU REFO DE 1 TENDAO - TRATAN TIVO DE 2 LEITOS COM LHO / EQUIPAMENTO P	RCO DO LIGAMENTO MENTO CIRURGICO I BANHEIRO PRIVATIV PARA ARTROSCOPIA I	CR 1 1 'O 2	2 1 1 2 1 	
Dados da autorização	10.00.00.00.00			. 1			
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias	11	ipo de Acomodação autorizad	da			
42 - Código na Operadora / CNPJ autoriza	do 43 - Nome do	o Hospital / Local Autoria	zado			44 - Código CNES	
10.246.214/0001-04	UNIORT E	ORTOPEDIA ESF	PECIALIZADA LTDA			6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / 733103 INSTABILIDADE FEMORO-P/ rme justificativa apresentada, o codigo DE TRABAL HO MEDICO	ATELAR, RELEASE	LATERAL DA PATE	LA - uma vez que conforme	e exame de RM patela noi	rmo-posicionada s	sem alteracoes. Confo	

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 #

"	s - Número da Guia Referen	H	4 - Senha	05040504	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído		
343269		95342561		95342561	04/06/2024 10:21		95342561	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
1470000001926402								
8 - Nome								
GABRIEL FRANCISCO	DE SOUZA XAVIER							
Dados do Profissional Solicita	ante							
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	- E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVEI	IRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica	00							
REVALIDAR A GUIA 935713. REPARO OU SUTURA DE U								
		RIGEM. DESFAVORÁVEL A	O PROCEDIMENTO 30733103 INSTABILIDA	DE FEMORO-PATELAR, R	ELEASE LATERAL DA PATELA	- uma vez que conforme ex	came de RM patela normo-	
posicionada sem alteracoes.	Conforme justificativa apr	resentada, o codigo solicitado	o nao e especifico para resseccao de plica sino	⁄ial.		•		
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1	_,	
80743230025	545		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00 00597007 80044680085	PAF		AREABSORVIVEL GENTLE THREADS CAI CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	3 _ 2		_ 2	,	
3- 100066879	CAN		RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,	_ _ _ _ 9- 2		l 2		
81288540024	CAP		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	9- _ 2		_ 2	,	
4		AKTIKOW COWEKC	DIO DE IMI EANTESONTOI EDIOGOETDA			1 1 1 1 1		
	! 			_	_	_	,	
5-1 1 1 1 1 1 1 1	-lllll 	IIIIII				 		
	!!!!! 			_	_	-I	IIII'-II	
		IIIII				 _		
•				_			1	
24 - Especificação do Material								
21 Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
	72-0900 / Emitido em 04/0	06/2024 /AUTORIZADO PAF	CIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DE	SFAVORÁVEL AO PROCE	DIMENTO 30733103 INSTABILI	DADE FEMORO-PATELAF	R, RELEASE LATERAL DA	
PATELA - uma vez que conforme exame de RM patela normo-posicionada sem alteracoes. Conforme justificativa apresentada, o codigo solicitado nao e específico para resseccao de plica sinovial. / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PRO								
COPIO COOPERATIVA DE 1	TRABALHO MEDICO							
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				