

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94285248

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da G	uia Atribuído	pela Opera	adora			94285	5248				
4 - Data da Autorização	5 - Sen		4005040	6 - Data de Valid		i						
04/03/2024 /	16:36	9	4285248		12/0	05/2024						
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira		9 - 1	Atendimento	de RN				
9700030002159831							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome JULIO CESAR ROSSETTO JUNIOR												
Dados do Contratado So	olicitante	10.0										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do C	ontratado ORTOPEDIA E	SPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitante						elho Profissio	nal 1	6 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO	CASTRO FEF	RREIRA M	MARTINS			06		2	22343		41	225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / D	ados da In	ternação		,							
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11		al / Local Solicitad		ADA T	D.A.			11		para Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de	ا		ne de Internação		de. Diárias		26 Provi	isão de uso de OP	<u> </u>	2024 00:0	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	23 - Tipo de		24 - Regili	1	25 - Q	1	Solicitadas	20 - FIEV	S	IVIE ZI - I	Frevisão de	N
LESÃO LIGAMENTAR 1	onal) 30 - CI	D 10(2) (opc	cional) 3	31 - CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID 1	10(4) (opcion	al) 33	3 - Indicação de <i>A</i>	Ncidente (a	cidente ou d 9	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens											0.1.0.1	
34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3073404 2- 22 3073405 3- 98 0801198 4- 18 6002415 5-	3 1	OS RE PO	CONSTR CT ARTRO UGUELT	IDROPLASTIA UCAO, RETEN DSCOPIA DE T AXA DE APAR	ICIONAI ORNOZ ELHO /	MENTO (ELO - EN EQUIPAI	OU REFOR	CO DE	TROSCOPIA	A (E 1 - PR 1 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
39 - Data provável da Adm	issão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	11	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	а				
		<u> </u>	1	1								
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 6528104												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/03/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVA S MEDICAS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
+u - Daia ua Sulicitação	47 -	นออแเซเนเต (uu riuiiSSi0l	nai Suillitante	+0 - ASSIN	iaiura do B	enenciario ol	r veshous	oave: 49 - ASS	miatura 00	veshousa/	ei heia Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94285248		94285248	04/03/2024 16:36	94285248		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9700030002159831								
8 - Nome								
JULIO CESAR ROSSE	TTO JUNIOR							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail			
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MAF	RTINS						
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
LESÃO LIGAMENTAR TON LESÃO LIGAMENTAR TON								
LEGAG EIGAWIENTAK TO	OZEEO BIKEITO							
ODME Collected on								
OPME Solicitadas 13 - Tabela 14 - Código do l	Antorial 15	Descrição		16 Opaão 17 Otdo	Solicitada 19 Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização		sitado 19 - Qide. Adionzada 20 - Valor Unitario Adionzado		
1- 00 100066879	CA	NULA DE DEBRIDAÇÃO	ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	<u> </u> 1	,	_ 1 _ _ , _		
81288540024		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _				
2- 00 76221229	AN	CORA EM PEEK COM INS	ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR	2	,	_ 2 _ ,		
10247700123		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3-	_ _ _				_	_! . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
	_ _ _		-		_ _ _ _ _	_ _		
4-	_ _ _				_			
			-		_ _ _	!! _		
	 					_		
6-		111111				 _		
	_ _ _							
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/03/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			