

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95507360

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 1 3 - 1	Número da Gu	ia Atribuído	pela Operad	dora			9550	7360				
4 - Data da Autorização	5 - Senh	na		6 - Data de Valid	dade da S	Senha						
18/06/2024 14:	40	95	5507360		24/0	08/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Vali	dade da Carteira		9 - 4	Atendimento	de RN				
0034204652001573							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome LUCAS NOGUEIRA RODRIGUES												
Dados do Contratado Solici	itante											
12 - Código na Operadora		11	Nome do Co	ontratado RTOPEDIA E	CDECIA		LTDA					
10.246.214/0001-04 14 - Nome do Profissional Sol	liaitanta	UNI	ORIEU	K I OPEDIA E				2021	16. Número de Con	adha T	47 11	19. Cádico CBO
GUILHERME JOSE MI		OVESAN	ΔΝΔ			15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho 30165		17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S											••	2202.0
19 - Código na Operadora / C			•	I / Local Solicitad	0					21 - Data s	sugerida pa	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	r e orto	PEDIA ESPE	CIALIZ	ADA LTI	DA .		i i		024 00:0	•
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regime	e de Internação	25 - Qt	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - F			Previsão de uso de OPME 27		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1	С			1		1			S			N
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID	10(2) (opci	onal) 3	I - CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID 1	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Acid	dente (acid		oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sc	olicitados										
	o Procediment		Descrição							37 -	Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733030				•) - PROCEDIMENT			1
2- 22 30733073 3- 18 60000805				•					O LIGAMENTO CI IEIRO PRIVATIVO			1
3- 18 60000805 4- 18 60024151					_				RTROSCOPIA PA			1 1
5-	_	_								_ _	_	
6-	_									_ _		_
7- _	_	-!								_	<u> </u>	_ _ _
8-	_ _	-									_ 	
10-	-!!! 	_								 	II I I I	
11-										_	 	 _
12-	_										ill	_ _
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 1	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	la				
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizad	11		spital / Local Auto		LIZADA	LTDA				- 11	44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 731232 TUMORES DE TE CABA SOC COOP DE SER	3372-0900 / E NDAO OU S	INOVIAL -										

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

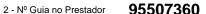
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização





GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Soli	citação de Internação		4 - Data da Autoria							
343269				28/06/2024 10:29							
5 - Senha			6 - Número da	Guia Atribuido pela	Operadora						
		95631195						95631195			
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		31 - Nome Social									
0034204652001573	3										
8 - Nome											
LUCAS NOGUEIRA RODRIGUES											
Dados do Contratado Solicitante											
9 - Código na Operadora 10 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04		UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									
11 - Nome do Profissiona	al Solicitante	12 - Conselho Profissional 13 - Número do Conselho 14 - UF 15 - Código CBO									
t	E MIYASAKI PIOVESA	NΔ	11	06 3010		0 0011001110	41	225270			
					30103			223210			
Dados da Internação	ania Calinitada	- de Assertados Colicitado	¬								
16 - Qtde. diárias Adicion	nais Solicitadas	o da Acomodação Solicitada 1									
		<u>'</u>									
18 - Indicação Clínica	OCEDIMENTO TRATAMEN	NTO									
/ CRESSIMO BETTRO	OLDINIERTO TTO TO										
Procedimentos ou Iten	s Assistenciais Adicionais	Solicitados									
		1 - Descrição				22	- Qtde. Soli	c. 23 - Qtde. Aut			
1- 22 307312	-	RANSPOSICAO DE MAIS D	E 1 TENDAO	- TRATAMENTO	CIRURGICO		Qtao. Con	1			
2						1	1 1 1				
3-								i I I I			
4-								i I I I			
5-						 		1 1 1 1			
6-						 	-!!! 				
7- _							-11 				
8-	- 					 	-11 	 			
							-11	III			
Dados da autorização	ania Autoriandan OF Tie	- d- Ad~- Ad-									
24 - Qtde. Diárias Adicio	11 .	oo da Acomodação Autorizada									
	1										
26 - Justificativa da oper	adora										
27 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE PIRACICABA SOC C											
Telefone Contratado: OOP DE SERVICOS N		m 28/06/2024 /AUTORIZADO C	ONFORME UN	INED DE ORIGEN	/i / Empresa /	ı ıtular: UNIM	ED DE PII	KACICABA SOC C			
JOI DE GERVIOUS											
28 - Data da Solicitação	20 - Assinatur	a do Profissional Solicitante 30	- Accipatura do P	esponsável nela Au	torização						



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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 95507360 95507360 18/06/2024 14:40 95507360 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0034204652001573 8 - Nome **LUCAS NOGUEIRA RODRIGUES** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica RUPTURA LCA RUPTURA LCA AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30731232 TUMORES DE TENDAO OU SINOVIAL - TRATAMENTO CIRURGICO - Negado procedimento, sem Tumor de Tendao. **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 100066879 CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4.5/3.9-81288540024 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 00597007 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72320915 DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -3- 00 80044680067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|__|, 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/06/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30731232 TUMORES DE TENDAO OU SINOVIAL - TRATAMENTO CIRUR GICO - Negado procedimento, sem Tumor de Tendao. / Empresa / Titular: UNIMED DE PIRACICABA SOC COOP DE SERVICOS MEDICOS 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização