

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90515162

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	Número da Guia At	ribuído pela Opera	dora			\neg			
343269	vamoro da Cala 71	ilibuluo pola Opola	uoru		9051516	62			
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valida	ade da Senha					
16/03/2023 17:	20	90515162		15/05/2023					
Dados do Beneficiário		1/							
7 - Número da Carteira 0050000004933918		t t	lidade da Carteira	9-	Atendimento de N	RN			
50 - Nome Social		10/03	7/2024		IN .				
30 - Nome Social									
10 - Nome									
EDUARDO KENDI HAY	'ASAKA								
Dados do Contratado Solici	tante								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Co	ontratado RTOPEDIA ES	EDECIAL IZADA	LITOA				
	icitante	UNIORIEO	K I OPEDIA ES		elho Profissional	16 - Número do Co	oncolho I	17 - UF	18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA					28281			41	225270
Dados do Hospital / Local S		da Internação							
19 - Código na Operadora / Cl	NPJ 20	- Nome do Hospita	al / Local Solicitado)			21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	U	NIORT E ORTO	PEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		23/03/20	023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Intern	ação 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	- Previsão de uso de OPI	ME 27 - Pi	revisão de ι	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica	С		1	1		<u> </u>			N
M235 RECONSTRUÇÃO D	DE LCA DO JOEL	.HO							
29 - CID 10 Principal (opciona	il) 30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opci	onal) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (aci	idente ou d	oença relacionada)
							9	9	
Procedimentos ou Itens Ass		ados							
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30726190	o Procedimento	36 - Descrição	AMENTADES	DEDIEEDICAS	CDONICAS .	TRATAMENTO CIR		Qtde. Soli	
1- 22 30726190 2- 22 30733065						NTO VIDEOARTRO			1 2
3- 22 30733073						DO LIGAMENTO			1
4- 22 30731216		TRANSPOS	ICAO DE MAIS	DE 1 TENDAO	- TRATAMEN	TO CIRURGICO	1		1
5- 18 60000805						NHEIRO PRIVATIV			1
6- 18 60024151		ALUGUELTA	AXA DE APARE	ELHO / EQUIPA	MENTO PARA	A ARTROSCOPIA F	PAR 1		1
7-	-							_ 	
9-	- 							 	
10-	_							 _	 _
11-	_							III	_ _
12-	_						l		
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admissa	ão hospitalar 40	- Qtde Diárias Auto 1	orizadas 41 -	Tipo de Acomoda	ção autorizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIA					LTDA				44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		<u> </u>				ΚΛ			
Teleforie Contratado. (43)3	0012-0900 / EIIIII	uo em 10/03/2020	or Emplesa / Titu	iiai. LDUARDU r	LINDITIATASA	IV.			
46 - Data da Solicitação	47 - Assir	natura do Profissior	nal Solicitante 4	8 - Assinatura do I	Beneficiário ou Re	esponsável 49 - Ass	inatura do F	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

· ·	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	lo pela Operadora
343269	90515162		90515162	16/03/2023 17:20		90515162
ados do Beneficiário						
- Número da Carteira	29 - Nome Social					
050000004933918						
- Nome						
DUARDO KENDI HAY	ASAKA					
ados do Profissional Solici						
- Nome do profissional solicit		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
LEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA					
ados da cirurgia 2 - Justificativa técnica						
ACIENTE SOFREU ENTO 1235 RECONSTRUÇÃO DI		I ROTURA DOS MENISCOS MEDIAL E LATERAL, RO	OTURA DO LCA, CC	OM DOR INTENSA,LIMITAÇÃO FU	JNCIONAL, JOELHO EM I	PIVO SHIFT. INDICO TRATAN
PME Solicitadas	Attorial AC Description		40 Ozača 47 Otd	Caliateda 40 Valan Haitária Calia	the de AO Obde Autorize de	20 Vales Heitária Autoriando
3 - Tabela 14 - Código do M 1 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	 Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento 	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitario Autorizado
00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET	FORMED - 001030306		_ _ _ ,	_ 2	_ _ , _
777280006	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _			
00 00116700		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	,
0743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. _ _ _ _			
00 78898676		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_ 4		_ 4	_ _ , _
0044680449 00 00597007		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_ _ _ _		3	
00 00597007		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ 	_ 3	_ ,
_ _	/				_	_ ,
					 - _ _	_ ,
4 - Especificação do Material			,,,		· ·	
5 - Observação / Justificativa Felefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 16/03/2023 / Empresa / Titular:	EDUARDO KENDI HAYASAKA				
6 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		
. Data da Conoliação	2. Additional del Foliasional delicitation		25 / issinatura ut	οουροποίατοι μοια Λατοπείαζασ		