

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93258640

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora		032	58640				
		E Conho		I 6 Doto do Valid	dada da Canha	7	30040				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 22/11/2023 14:11		93258640 6 - Data de Validade da 21		21/01/20	24						
Dados do Beneficiário						_					
7 - Número da Carteira			11	alidade da Carteira		9 - Atendiment	to de RN				
0050000057958265	j		20/0	5/2024		N	ı				
50 - Nome Social											
10 - Nome JOAO PEDRO BIA	NCHINI	BATISTA									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ORTOPEDIA E	SPECIALIZA	DA LTDA					
14 - Nome do Profissiona MARCUS VINICIUS					15 - C	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734			onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solici	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado			-	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04				OPEDIA ESPE					04/12/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimer 1	ito 23 -	Tipo de Interna C	ção 24 - Regin	ne de Internação 1	† i	ias Solicitadas 3	26 - Pr	revisão de uso de OPI S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica LESÃO DO LCA CON											
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2	(opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 -	:ID 10(4) (opcic	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Iten									07	. 0.1. 0.1	00 011 4 1
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330	-	ocedimento	-		REMOCAO D	CORPOSI	IVRES) - PROCEDIMEN		- Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307330				•				O LIGAMENTO			1
3- 22 307312	16			ICAO DE MAIS					1		1
4- 98 080110	46		PCT LIGAM	ENTOPLASTIA	UNIORTE -	NF			1		1
5- 98 080110	81		PCT ARTRO	OSCOPIA DE J	OELHO UNIC	RTE - ENF			1		1
6- 18 600008								IEIRO PRIVATIV			1
7- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQU	PAMENTO F	PARA A	ARTROSCOPIA P	PAR 1		1
8-		.								_	
9- _ 10-	 	. 							- 	_ 	
11-	 								- 	_ 	
12-										_,, _	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	ospitalar 40	Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomo	dação autoriza	da				
,			3	1							
42 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		autorizado	1	lospital / Local Auto		DA LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/11/2023 / Empresa / Titular: ANA PAULA BIANCHINI BATISTA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	lo Beneficiário	ou Resp	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	
343269		93258640		93258640	22/11/2023 14:11		93258640
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000057958265							
8 - Nome							
JOAO PEDRO BIANCH	IINI BATISTA						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1	I - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESÃO DO LCA + CONDR LESÃO DO LCA CONDRO							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
			ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9	. _ 1	_ _ _ ,	_ 1	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	_ _ _		
2- 00 72320907 DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGA 80044680067 ARTHROM COMERCIO DE			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ -	_ 1	,
3- 00 00597007	DΛ		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	-		1	,
80044680085	FA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ - - - - - - - - - - - - - - - - -	_ '	-
4-1 1 1 1 1 1 1	11111	/	710 DE 11111 E7111 E0011 OF ED1000E1 D71				,
·				- I—I I—I—I- I I I I I I		-ı ı—ı—ı—ı 	
5-		IIIII				_,, _	,
				 	_, _ _ _ _ _	_,	
6-				_	_		_ _ , _
				_ _ _ _	_ _ _	_ _	
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		/11/2023 / Empresa / Titular: /	ANA PAULA BIANCHINI BATISTA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	II .			II .	_		