

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94391380

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Op	peradora]						
343269		94391380							
4 - Data da Autorização 5 - Senha 9439138	6 - Data de Validade da S	enha 05/2024							
Dados do Beneficiário	1270	10/2024							
7 - Número da Carteira 8 -	Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN							
0050000002817368	3/07/2024	N							
50 - Nome Social									
10 - Nome CLEA AUXILIADORA FONSECA LISSE									
Dados do Contratado Solicitante									
	o Contratado	LIZADALTDA							
10.246.214/0001-04 UNIORT E	E ORTOPEDIA ESPECIA	15 - Conselho Profissional	16 - Número do C	onselho 17 - UF 18 - Código CBO					
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA	† †	06	30165	41 225270					
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação									
1 1	spital / Local Solicitado RTOPEDIA ESPECIALIZ	ADA LTDA	•	21 - Data sugerida para Internação 30/03/2024 00:00					
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Re	egime de Internação 25 - Qto	de. Diárias Solicitadas 26 - P	revisão de uso de OP	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico					
1 C	1	1	S	N					
28 - Indicação Clínica RUPTURA MENISCO MEDIAL CONDROPLASTIA									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acidente ou doença relacionada)					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				9					
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descriç 1 - 22 30733065 REPARO 2 - 22 30733030 CONDRO 3 - 98 08011080 PCT ART 4 - 18 60024151 ALUGUE 5 -	ção OU SUTURA DE UM MEI PPLASTIA (COM REMOCA ROSCOPIA DE JOELHO LTAXA DE APARELHO /	AO DE CORPOS LIVRES UNIORT - APT EQUIPAMENTO PARA A	S) - PROCEDIMEI	NTO 1 1 1					
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias 1	11	Acomodação autorizada							
1 11	o Hospital / Local Autorizado ORTOPEDIA ESPECIA	LIZADA LTDA		44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 13/03/2024 / Empresa / Titular: ANTONIO VALDECIR LISSE 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização									



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Ser		4 - Senha	- Senha		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		94391380		94391380	13/03/2024 09:32		94391380
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000002817368							
8 - Nome							
CLEA AUXILIADORA F	ONSECA LISSE						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RUPTURA MENISCO MED RUPTURA MENISCO MED							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00499293 80356130052	CAI		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_ 1	_ _ , _
2-		AKTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESONTO PEDICOSETDA			_	,
-	- 	111111				-I	I
3-	 _					 _l	,
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
4- _				_ _ _ -	_ _ _ , _	_	_,
<u> </u>					_ _ _ _	_	
⁵⁻	_				_	_	_ _ , _
	 	IIIIII				!! _	,
• <u> _ </u>						-ı ı—ı—ı—ı _ _	IIII'III
24 - Especificação do Material						<u> </u>	
, ,							
25 - Observação / Justificativa	272 0000 / Emitido cm 42/	/02/2024 / Empress / Titules:	ANTONIO VAI DECIB LISSE				
r eletone Contratado: (43)3	37∠-0900 / Emitido em 13/	US/ZUZ4 / Empresa / Titular:	ANTONIO VALDECIR LISSE				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
,				ii	•		