

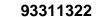
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93311322

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		034	244222				
		715 0				93311322					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 27/11/2023 17:01		93311322	93311322 6 - Data de Validade da		a 2 024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	alidade da Carteira	l	9 - Atendimer	nto de RN				
0050000015234358 30/10/2025							N				
50 - Nome Social											
10 - Nome IVAN MARQUES DE JESUS											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA						15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 30165		17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solici	tado / Dados	da Internação							1	
19 - Código na Operado			-	tal / Local Solicitad	lo				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0	4	UN	IORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZAD	A LTDA			09/12/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen	nto 23 -	Tipo de Interna C	ção 24 - Regir	me de Internação 1	25 - Qtde. I	Diárias Solicitadas 1	26 - Pr	revisão de uso de OPI S	ИЕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)											
,	,		, (,		,	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		9	
Procedimentos ou Iter											
1- 22 307330	030	cedimento	CONDROPI	LASTIA (COM F) - PROCEDIMEI	NTO 1	' - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
2- 22 307330 3- 22 307312				RUCAO, RETEN SICAO DE MAIS				O LIGAMENTO	CR 1		1
4- 18 600008								HEIRO PRIVATIV			1
5- 18 600241								ARTROSCOPIA F			1
6- _		_							_	_	_ _
7- _	_ _ _	<u> _ _ </u>							_	_ _	_
8-	_	_							_	_	
9- _	_ _ _	_							L	_	
10-	_									_	<u> _ _ _ </u>
	_									_	
12- _	ll								l-	_	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	dmissão ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Au 1	itorizadas 41	- Tipo de Aco	modação autoriz	ada				
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 27/11/2023 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatu	ra do Beneficiário	ou Resp	onsável 49 - Ass	natura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

	_					
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	93311322		93311322	27/11/2023 17:01		93311322
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000015234358						
8 - Nome						
IVAN MARQUES DE JE	ESUS					
Dados do Profissional Solic	itante					
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	11	- E-mail		
GUILHERME JOSE MI	ASAKI PIOVESANA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica LESAO DO LCA JOELHO I LESAO DO LCA JOELHO I						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate	erial 22 - Referência do mater	ial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA	REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1	_ _ _ ,	_ 1	,
80044680085	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _		
2- 00 72320907		E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	1	,	_ 1	_,
80044680067	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _		
3- 00499293	CANULA MICRODEBRIDACA	O OB F 2,9X5,5MM 892350000	1	,	_ 1	_,
80356130052	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- _	_ _ _			_		,
			_ _ _ _	_ _ _ _ _	_	
5- _	_ _ _			_	_	_,
				_ _ _ _ _	_	
6- _	_ _ _			_	_	,
					<u></u>	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 27/11/2023 / Empresa / Titular: 0	COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		