

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95166403

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	nero da Guia Atr	buído pela Opera	adora		0516	66403				
		5 - Senha		C Data do Valia	lada da Canha	7	00403				
4 - Data da Autorização 17/05/2024 14:58		11	 		16/07/202	ı					
Dados do Beneficiá	rio					_					
7 - Número da Cartei			11	lidade da Carteira 6/2025	9	- Atendimento					
00500000629762		N									
50 - Nome Social											
10 - Nome LAURA CAROLINE FLAVIO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profiss			•		15 - Coi	15 - Conselho Profissional		16 - Número do Conselho		17 - UF 18 - Código CBO 41 225270	
Dados do Hospital][
19 - Código na Opera			,	al / Local Solicitado)			1	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001	-04	UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L				25/05/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendii	mento 23	s - Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPI S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RECONSTRUCAO						_ 					
29 - CID 10 Principal	(opcional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cl	D 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loenca relacionada)
·						-() (-1	,			9	
Procedimentos ou I											
	50aigo ao Pi 33065	rocedimento	36 - Descrição REPARO OL		UM MENISCO	- PROCEDI	IMENT	O VIDEOARTRO	-	- Qtae. Soil	c. 38 - Qtde. Aut. 1
	33073							O LIGAMENTO			1
3- 22 307 3	31216		TRANSPOS	ICAO DE MAIS	DE 1 TENDA	- TRATAN	/IENTO	CIRURGICO	1		1
4- 18 6000	00384		DIARIA DE	ACOMPANHAN	ITE COM REF	EICAO CON	/IPLET	A	1		1
	00805							IEIRO PRIVATIV			1
l	24151		ALUGUELIA	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENIO P	'AKA A	RTROSCOPIA F	PAR 1		1
7- _ 8- _	- 	_ 							- 	_!! 	
9-										_ _	
10-	iii_	_ _								_,, _	
11- _	_ _ _ _	_ _							_	_	_ _ _
12- _	_ _ _ _	_								_	
Dados da autorização											
39 - Data provável da	Admissão h	hospitalar 40	· Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomod	ação autorizad	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES											
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/05/2024 / Empresa / Titular: CLINICA MEDICA PRO VITA SS LTDA											
46 - Data da Solicitaç	žão	A7 - Assis	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Reneficiário o	nu Reen	onsável 149 - Acc	natura do	Responeáv	el pela Autorização
Data da Concitaç		77 - 733111	40 / 101103101	Cononaino	, womatura ut		Ja Nospi		a.ura uu	coporisav	o. pola / latorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	pela Operadora
343269		95166403		95166403	17/05/2024 14:58		95166403
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000062976276							
8 - Nome		<u> </u>					
LAURA CAROLINE FL	AVIO						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETEI RECONSTRUCAO RETEN							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat	erial	22 - Referência do materi	ial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 70627657	PL/		LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	1	,	_ 1	,
10208610040			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _ _		
2- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REAB			REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1	,	_ 1	,
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 00 00499293	CAI		O OB F 2,9X5,5MM 892350000	1	,	_ 1	,
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
4- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	_ 1	,
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- _	_ _ _		 		_! !-!-!-!-!/!-!-	-	,
	_ _ _				_!!!!!	_	
6-	_ _ _				_	_	,
24 - Especificação do Materia				I—I—I—I—I		_II	
25 - Observação / Justificativa	1						
		05/2024 / Empresa / Titular: C	CLINICA MEDICA PRO VITA SS LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	11			11			