

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93654019

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Númer	o da Guia Atri	buído pela Opera	adora		9365/	1019					
4 - Data da Autorização		5 - Senha 6 - Data de Validade da				93654019						
05/01/2024 18:21		11		Data de Valle	05/03/2024							
Dados do Beneficiário				· ·								
7 - Número da Carteira			11	alidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN					
0050000040672495			28/1	2/2024		N						
50 - Nome Social												
10 - Nome FRANCISCO SEKL	ES FERE	ELLE										
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA												
14 - Nome do Profissiona			CANA		11	15 - Conselho Profissional		16 - Número do Conselho		17 - UF 18 - Código CBO		
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação								30165		41	225270	
19 - Código na Operador			•	al / Local Solicitad	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 06/01/2024 C										-		
22 - Caráter do Atendimen			ção 24 - Regin	o 24 - Regime de Internação 2		- Qtde. Diárias Solicitadas 26 - F		evisão de uso de OPM S	11		Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica					J L							
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2)) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CII	0 10(4) (opciona	al) I	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	doenca relacionada)	
32 313 10(4) (6)318								,		9	,	
Procedimentos ou Iten									0.7	. Otala Cal	ic. 38 - Otde. Aut.	
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330		ealmento	36 - Descrição CONDROPL		REMOCAO DE	CORPOS LIV	/RES)	- PROCEDIMEN		- Qtae. Soi	c. 38 - Qtde. Aut.	
2- 22 307330	73			-				O LIGAMENTO (1	
4- 18 600008 5- 18 600241					_			EIRO PRIVATIV RTROSCOPIA P	_		1	
6- _	_ _ _ _	_ _ _			LLIIO / LQOII /				L	_		
7- _	_ _ _								_	_	_	
8-	_ _ _	_ _ _								_		
9- _ 10-	- 	 							- -	_lll l	 	
11-									- -	 -	 	
12-	_i_i_i								i_	_iii		
Dados da autorização												
39 - Data provável da Ad	missão hos	spitalar 40 -	Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ição autorizada	1					
42 - Código na Operador		autorizado	1	lospital / Local Aut		A 1 TDA					44 - Código CNES	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/01/2024 / Empresa / Titular: MARIA CRISTINA ALBERTOTTI SEKLES												
						Beneficiário ou		() [[()]			el pela Autorização	



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed &

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 93654019 93654019 05/01/2024 18:21 93654019 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000040672495 8 - Nome FRANCISCO SEKLES FERELLE Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica RUPTURA DO LCA JOELHO DIREITO RUPTURA DO LCA JOELHO DIREITO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 1- 00 100066879 CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4.5/3.9-81288540024 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 2- 00 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72320907 DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -3- 00 80044680067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/01/2024 / Empresa / Titular: MARIA CRISTINA ALBERTOTTI SEKLES 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização