

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93982162

(Via HOSPITAL)

1 1	s - Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	dora								
343269							93982	2162				
4 - Data da Autorização 06/02/2024 0	5 - Sent		3982162	6 - Data de Valid		Senha 04/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 9941958538622008			8 - Val	lidade da Carteira	l	9	Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social												
10 - Nome JEANDERSON REZ	ZADORI											
Dados do Contratado So	licitante											
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA E	SPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional ALEXANDRE RIBEIR		ĽΑ			- 11	15 - Conse 06	elho Profissio	- 11	16 - Número do C 28281	Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Loca	al Solicitado / Da	ados da Int	ernação									
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11		al / Local Solicitad						21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	Γ E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZ	ADA LTI	DA			08/02/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de lu		24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias 1	Solicitadas	26 - Prev	risão de uso de OF S	PME 27 -	Previsão de ι	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RECONSTRUÇÃO DE L	.CA JOELHO E	SQUERDO										
29 - CID 10 Principal (opcid	onal) 30 - CIE) 10(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID	10(4) (opciona	al) 3:	3 - Indicação de <i>i</i>	Acidente (a	cidente ou d 9	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assistenciais So	olicitados										
1- 22 3072619 2- 22 3073306: 3- 22 3073122 4- 22 3073307: 6- 22 3073307: 7- 18 6000055: 8- 18 6002415 9-	5 4 9 3 6 4 1 	LE: RE TR. OS RE TR. DIA AL	PARO OL ANSPOSI TEOCON CONSTR ANSPOSI ARIA DE UGUELTA	GAMENTARES J SUTURA DE ICAO UNICA E DROPLASTIA UCAO, RETEN ICAO DE MAIS APARTAMEN' AXA DE APAR	UM ME DE TENE - ESTAI NCIONAI S DE 1 T TO SIMF RELHO /	NISCO - DAO BILIZAC MENTO (ENDAO PLES EQUIPA	PROCEDIM AO, RESSE DU REFOR - TRATAME MENTO PA	MENTO ECCAO CO DO ENTO C	VIDEOARTRO E/OU PLAST LIGAMENTO CIRURGICO	RUR 1 DSC 2 1 IA# 1 CR 1 1	- Qtde. Soli	2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Adm	issão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	11		Acomodaç	ão autorizada	1				
42 - Código na Operadora	/ CNPJ autorizad	do 43 - 1	Nome do H	ospital / Local Aut								44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 45 - Observação / Justifica	tiva	UNI	ORT E O	RTOPEDIA E	SPECIA	LIZADA	LTDA					6528104
Telefone Contratado: (4	3)3372-0900 / E											
46 - Data da Solicitação	47 - /	assinatura d	io Profission	nal Solicitante	48 - Assin	natura do B	eneficiário ou	Respon:	savei 49 - As:	sınatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

2 - Nº Guia no Prestador

93982162

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93982162		93982162	06/02/2024 08:02		93982162
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9941958538622008							
8 - Nome							
JEANDERSON REZZA	DORI						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ENTORSE DE JOELHO ES RECONSTRUÇÃO DE LC/ AUTORIZADO CONFORM	A JOELHO ESQUERDO	DE SALTO, APRESENTA LE	ESÃO DE LCA COM ROTURA DE 2 MENISCOS MEDI.	AL E LATERAL , LI	ESÃO CONDRAL . ENCAMINHO	PARA TRATAMENTO CIF	RURGICO POR VIDEOARTROSCO
OPME Solicitadas 13 - Tabela 14 - Código do	Material 4F	Descrição		6 Onese 17 Otal	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	situde 40. Otde Autorizado	20. Volor I Initário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização		ortado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitario Autorizado
1- 00 76630471	CAI	NULA DE DEBRIDAÇÃO A	AT - 161 07 10 08 TIPO 07 4,5 X 120 MM , CM	_ 1	,	_ 1	_ ,
80777280105		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1	,	_ 1	_ ,
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
3- 00 00597007 80044680085	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB [_ 3	_ ,	_ 3	_ _ , _
4- 00 78898676	nie			_ _ _		5	
80044680449	Dis		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_ 3	_ ,
5-				_		_	,
6-	 - - - - - - - 				-	 _	,
24 - Especificação do Materia	l						
25 - Observação / Justificativa							
		02/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UN	NIMED SEGURADO	ORA S/A		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		