

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91392353

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia	Atribuído	pela Opera	dora								
343269								9139	2353				
4 - Data da Autorização 31/05/2023	14:35	5 - Senha		1392353	6 - Data de Va		Senha 708/2023						
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira				- 11	idade da Carteir	ra	9 -	Atendimento	de RN				
9700030002180113	3			31/10	/2022			N					
50 - Nome Social													
10 - Nome JULIANA MARIAN	10 - Nome JULIANA MARIANO MASSUIA VIZOTO												
Dados do Contratado	Solicitante	e											
12 - Código na Operado	ra		13 -	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04	ı		UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECI	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissiona ALEXANDRE RIBE			١			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 28281		17 - UF	18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Lo	cal Solici	itado / Dad	los da Int	ernação									
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		- 11			I / Local Solicita		ZADA LT	DA			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimer	ito 23 -	Tipo de Inte	ernação	24 - Regim	e de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica	_												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			10(2) (opci	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion 9		oença relacionada)		
Procedimentos ou Iten	s Assiste	nciais Soli	citados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330 2- 22 307312 3- 22 307312 4- 18 600005 5- 18 600241 6-	149 173 116 154 51	l_ _ _ 	OS RE TR DIA	CONSTRI ANSPOSI ARIA DE / UGUELT/	JCAO, RETE CAO DE MAI APARTAMEN AXA DE APA	INCIONA IS DE 1 T NTO SIM RELHO	MENTO (FENDAO PLES / EQUIPA	OU REFOR	RCO DIENTO	O E/OU PLASTI O LIGAMENTO O CIRURGICO ARTROSCOPIA	A # 1 CR 1 1 PAR 1	_ 	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
11-	ii_ ll	 _ _ _ 	i I								i_ i_	_ _ _	_ _
Dados da autorização													
39 - Data provável da Ac	lmissão ho	ospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 1	11	1 - Tipo de 2	Acomodaç	ão autorizad	a				
							44 - Código CNES 6528104						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PA ULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



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

Unimed #

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		91392353		91392353	31/05/2023 14:35	91392353				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9700030002180113										
8 - Nome										
JULIANA MARIANO MASSUIA VIZOTO										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	- E-mail					
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTA LESÃO DE LCA ASSOCIADO À LESÃO COM FRATURA OSTEOCONDRAL EM JOELHO ESQUERDO. ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEOARTROSCOPIA M235 RECONSTRUÇÃO DE LCA DO JOELHO ESQUERDO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 00 00597007 80044680085	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> 2 </u>	_ _ _ ,	_ 2				
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ _ _ _ _ 1		1 1 1 1 1 1 1 1				
80743230025	VA.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '				
3- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET								
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	- -						
4-	_ _ _				_	_				
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _				
5- _					_					
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _				
6-	_ _ _				_					
24 - Especificação do Materia				_ _ _ _ _ _ _	_					
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					