

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91848208

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	ero da Guia	Atribuído	pela Opera	adora			9184	18208					
4 - Data da Autorização 12/07/202	3 16:54	5 - Senha		848208	6 - Data de Va		Senha 09/2023							
Dados do Beneficiário					J [I						
7 - Número da Carteira 038600700004900	7			11	ilidade da Cartei	ra	9 -	Atendimento N						
50 - Nome Social	·			31/0	3/2023			in in						
50 - Nome Social														
10 - Nome CLAUDIA CAMAR	DFILA	RIO DOC	:F											
Dados do Contratado			_											
12 - Código na Operado			13 - 1	Nome do C	ontratado									
10.246.214/0001-0	4		UNI	ORT E C	RTOPEDIA	ESPECIA	ALIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA							15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselho 28281		17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Lo								0						220270
19 - Código na Operado				,	al / Local Solicita	ado						21 - Data	a sugerida p	para Internação
10.246.214/0001-0	4		UNIORT	E ORT	OPEDIA ESP	PECIALIZ	ADA LT	DA				03/08/2	2023 00:0	00
22 - Caráter do Atendime	nto 23	- Tipo de Inte	ernação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Qt		Solicitadas	26 - Pre	evisão	de uso de OPM	IE 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					1		1				<u> </u>			N
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 1	0(2) (opcio	onal) 3	31 - CID 10(3) (o	pcional)	32 - CID	10(4) (opcion	nal)	33 - Ir	ndicação de Ac	idente (a	cidente ou d	doença relacionada)
													9	
Procedimentos ou Iter														
34 - Tabela 35 - Cóc 1- 22 30733(2- 22 30733(3- 22 30733(4- 18 60000(5- 18 60024(6-	065 049 073 554 151 	l l l l l l l l l l l l l l l l l l l	REI OS' REI DIA	TEOCON CONSTR IRIA DE UGUELT	U SUTURA D IDROPLASTI UCAO, RETE APARTAMEI AXA DE APA	A - ESTA ENCIONA NTO SIMF .RELHO /	BILIZAC MENTO PLES EQUIPA	AO, RESS OU REFOI MENTO P	RCO D	O E/O	OU PLASTIA GAMENTO C	SC 1 4 1 5R 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
39 - Data provável da A		ospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	torizadas 4	11 - Tipo de	Acomoda	ção autorizad	da					
				1	1	12								
42 - Código na Operado 10.246.214/0001-0		J autorizado	11		lospital / Local A DRTOPEDIA		ALIZADA	LTDA						44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justif Telefone Contratado: 731216 TRANSPOSIO / Empresa / Titular:	(43)3372 CAO DE M	MAIS DE 1	TENDAO	- TRATA	MENTO CIRUI	RGICO - p	oara proce							

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

91848208

1 - Registro ANS 3 - Nú	mero da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuí	do pela Operadora
343269	91848208		91848208	12/07/2023 16:54		91848208
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0386007000049007						
8 - Nome	,					
CLAUDIA CAMARDELLA RI	O DOCE					
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante		10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE RIBEIRA PRO	VENZA					
Dados da cirurgia						
M235 RECONSTRUÇÃO DE LCA	NDO JOELHO DIREITO RME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL A	DE MENISCO MEDIAL ASSOCIADO A LESÃO DO PROCEDIMENTO 30731216 TRANSPOSICAO		•		İ
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Materia21 - Registro ANVISA do Material	I 15 - Descrição 22 - Referência do materi	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solid de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SETO				_ 1	,
80777280006	ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _ _	_		1
2- 00 00116700	CANETA ABLACAO RF STRIF	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	,
80743230025	ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 00 00597007		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	2	,	_ 2	,
80044680085	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4-				_	_ _	,
	!!_!_	_ _ _	- - - - -	_ _ _ _	_ _	_ , , , , , ,
5-				_	_	_ _ , _
6-			I—I—I—I—I—I I I I I I		 	,
				_		IIII'III
24 - Especificação do Material		·	I—I—I—I—I—I		— I —I	
		CIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESF/e Rol Unimed. / Empresa / Titular: UNIMED PE			SICAO DE MAIS DE 1 TE	NDAO - TRATAMENTO CIR
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		