

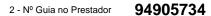
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94905734

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da Gui	l ia Atribuído	pela Opera	adora			04005	724					
4 - Data da Autorização	5 - Senh	10		6 - Data de Va	lidada da 9	Sanha	94905	0734					
25/04/2024 14	11		4905734	0 - Data de Va		06/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteir	a	9 -	Atendimento	de RN					
1170000001235107 N													
50 - Nome Social													
10 - Nome GILBERTO JESUS VERTUAN													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		H	Nome do C	ontratado ORTOPEDIA E	ESPECIA	AI 17ADA	LTDΔ						
14 - Nome do Profissional S	olicitante		IONT E C	TOT LDIA I	-01 2017		elho Profission	nal 1	6 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO	
MARCUS VINICIUS DANIELI						06	Sino i Tonocioi	18734 41 225270			225270		
Dados do Hospital / Local			-	.1./11.0	1.					1 04 0			
				epital / Local Solicitado RTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA					26/04/202			ugerida para Internação 24 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de In	iternação	24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Previ	isão de uso de OF N	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica LESÃO DO LCA MENISO	20 1051110 5	IDEITO								<u> </u>			
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)													
											9		
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733030 2- 22 30733073 4- 22 30731216 5- 18 60000384 6- 18 60000554 7- 18 60024151 8-	do Procediment	O 36 CC ME RE TR DIA	ENISCECT CONSTR ANSPOS ARIA DE ARIA DE	ASTIA (COM FOMIA - UM N UCAO, RETE ICAO DE MAI ACOMPANHA APARTAMEN AXA DE APAI	MENISCO NCIONA IS DE 1 T ANTE CO NTO SIMI	O - PROCI MENTO (FENDAO : OM REFEI PLES	EDIMENTO DU REFOR - TRATAMI CAO COMI	VIDEO CO DO ENTO C PLETA	ARTROSCOF LIGAMENTO IRURGICO	NTO 1 PICO 1 CR 1 1 1	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1	
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	11		Acomodaç	ão autorizada						
		<u>L</u>	1	1									
							44 - Código CNES 6528104						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO PERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
46 - Data da Solicitação	47 - 4	assinatura (JU Profissioi	nai Solicitante	40 - ASSI	natura do B	enericiario ou	Respons	savei 49 - Ass	sınatura do	responsav	eı pela Autorização	



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Refer	enciada 4 - Se 94905734	enha	94905734	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	pela Operadora 94905734	
		94905734		94905734	25/04/2024 14:08		94905734	
Dados do Beneficiário		The state of the						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
1170000001235107								
8 - Nome								
GILBERTO JESUS VER								
Dados do Profissional Solic								
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	I - E-mail			
MARCUS VINICIUS DA	NIELI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica LESÃO DO LCA + MENISO LESÃO DO LCA MENISOO AUTORIZADO CONFORMI	JOELHO DIREITO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15	5 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do material no f		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 100066879	С		IORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	_ 1		_ 1	,	
81288540024	_		E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00 72320907	D			_ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ ,	
80044680067 3- 00 00597007	В		E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
80044680085	r.		ABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ -	_ 1	_,	
4-		AKTIIKOM GOMEKGIO DI	E IIII EANTEGORTOI EDIGOGETDA		_			
·					_	-i	11117111	
5-	,,,,,, 					 _	,	
					 _			
6-	_ _ _ _			_	_	_	,	
	_ _ _		_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do	Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			