

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94825370

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		9482	25370				
4 - Data da Autorização		5 - Senha 6 - Data de Validade da			tada da Sanha	7	.5570				
18/04/2024 16:46		11		Data de Vallo	25/06/202 ⁴						
Dados do Beneficiário						_					
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	9	- Atendimento					
9942045255391001						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome JOSE DE SOUZA S	ILVA										
Dados do Contratado S	olicitant	е									
12 - Código na Operadora						A LTDA					
14 - Nome do Profissiona					15 - Conselho Profissional 16 - Número			16 - Número do Co			
GUILHERME JOSE					06 3016			30165	41		225270
Dados do Hospital / Loc				.1./11.0					04 - D. (
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11		al / Local Solicitado		TDA			1	a sugerida p 2024 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendiment 1	0 23 -	Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	11	Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr		revisão de uso de OPME 27 -		Previsão de uso de Quimioterápico N	
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3)				31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	0 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de Ad	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens											
1- 22 3073300 2- 22 3073303 3- 98 0801100 4- 18 6002411 5-	65 30 31 51	 _ _ _	REPARO OI CONDROPL PCT ARTRO	ASTIA (COM R SCOPIA DE JO	REMOCAO DE DELHO UNIOR	CORPOS L TE - ENF	IVRES)	O VIDEOARTRO) - PROCEDIMEN RTROSCOPIA P	SC 1 NTO 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adı	missão ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41 -	- Tipo de Acomod	ação autorizad	la				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CN 6528104									44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 94825370	4 - Senha	94825370	5 - Data da Autorização 18/04/2024 16:46	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94825370	
Dados do Beneficiário		0.0200.0		0.0200.0	10/0 1/2021 10110		0.10200.0
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9942045255391001							İ
8 - Nome							
JOSE DE SOUZA SILV	A						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MENISCO I RUPTURA DO MENISCO I AUTORIZADO CONFORME	MENIAL CONDROPLAST	TIA - JOELHO ESQUERDO IA JOELHO ESQUERDO					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtd 23 - № Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unit	ário Autorizado
1- 100066879 81288540024		NULA DE DEBRIDAÇÃO A	ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4, CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	5/3,9- 1		_ 1 _	_ ,
0 1 2005 4 UU 2 4 2- _	_		LIO DE IMPLANTESON TOPEDICOSETI	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	 - - -		
3- _ 	- 					_	
_ 6- _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			-	-	_ _ _	_ ,
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 18/		NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empres		DORA S/A o Responsável pela Autorização		
20 - Dala da Juliulação	ZI - Assiliatura do Fi	onssional Sullulante		20 - Assiliatura di	o mosponsavel pela Autonzação		