

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94667332

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 1 3 - 1	Número da Guia	Atribuído pela	Operadora		94667	332				
4 - Data da Autorização 05/04/2024 16:	5 - Senha	94667	6 - Data de Valid	dade da Senha 04/06/202	ı					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Carteira		- Atendimento	de RN				
0050000004627884		,	10/01/2026		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome VICTOR HUGO JULIAN	NI									
Dados do Contratado Solici	itante									
12 - Código na Operadora		13 - Nome	do Contratado							
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissional Sol	icitante			15 - Co	15 - Conselho Profissional 16 - Número do			Conselho 17 - UF 18 - Código CE		18 - Código CBO
GUILHERME JOSE MI	YASAKI PIO\	/ESANA		06	06 30165		30165		41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	os da Internaç	ção							
19 - Código na Operadora / C	11		Hospital / Local Solicitado					1		ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT E	DRTOPEDIA ESPE	CIALIZADA L	TDA			06/04/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de Inte	rnação 24 -	Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diári	s Solicitadas	26 - Prev	isão de uso de OPI S	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESÃO DO LCA MENISCO										
29 - CID 10 Principal (opciona	il) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cl	O 10(4) (opciona	al) 33	3 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solid	citados								
_	o Procedimento	36 - Desc	=	DEDIEEDIOA	0000000	TDAT	FAMENTO OID		- Qtde. Soli	
1- 22 30726190 2- 22 30733065					IFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR 1 1 MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 2 2					
3- 22 30733073			ISTRUCAO, RETEN							1
4- 22 30731216			POSICAO DE MAIS					2		2
5- 18 60000384		DIARIA	DE ACOMPANHAN	ITE COM REF	EICAO COME	PLETA		1		1
6- 18 60000554		DIARIA	DE APARTAMENT	O SIMPLES				1		1
7- 18 60024151		ALUGU	ELTAXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO PA	RA AR	TROSCOPIA F	PAR 1		1
8-	-							<u> </u> -	_	_ _ _
9-	_							-	_ _	
10-	- 							-	- 	
12-								-	-!!! 	
										111
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Diária	as Autorizadas 141	- Tipo de Acomod	ação autorizada					
			1 12		ação adionzada					
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	e do Hospital / Local Auto		A LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/04/2024 / Empresa / Titular: ANDERSON JULIANI 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · ·	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	94667332			94667332	05/04/2024 16:12	946673	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
005000004627884							
8 - Nome							
VICTOR HUGO JULIAN	I						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1 1	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIN			To Tolelone	'	. E maii		
	AOARTTOVEOARA						
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica							
LESÃO DO LCA + MENISC	O JOELHO ESQUERDO						
LESÃO DO LCA MENISCO							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 100066879			ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	I I 1		1	,
81288540024	OA!		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 	-	-l '	IIII'III
2- 00 72320907	nis		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			1	,
80044680067	ы		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	-l '	
3- 00	DΛΓ		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			2	,
80044680085	170		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 	-	_l _	•
4- 00 78898676	nie		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			3	
80044680449	Dio		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_ 3	,
5-		ARTIMOM COMER	OIO DE IIIII EARTEGORTOT EDIGOGETDA			_	_ ,
						_l	•
		IIIIII				 _	_ ,
						_	I :
24 - Especificação do Material							
24 - Especificação do Material							
05.01							
25 - Observação / Justificativa		04/2024 / Empresa / Titular:	ANDERSON IIII IANI				
Teleforie Contratado. (40)0	572 0300 / Elillido elli 05/	04/2024 / Empresa / Titular.	AND ENCONVOCED IN				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		
,					, ,		