

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91446802

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Opera	adora							
343269 91446802										
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid							
05/06/2023 20	:22	91446802		04/08/2023						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN										
0050000044538211		t i	5/2025		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome										
VANILDA APARECIDA	A SANTANA F	PEREIRA								
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C	ontratado ORTOPEDIA ES	SPECIALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional So	olicitante				elho Profissional	I 16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO	
ALEXANDRE RIBEIRA				06		28281	28281		225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	os da Internação								
19 - Código na Operadora / 0	11	20 - Nome do Hospit					11		ara Internação	
10.246.214/0001-04		UNIORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		22/06/2	023 00:0	0	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnação 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	6 - Previsão de uso de O	PME 27 - F	revisão de i	uso de Quimioterápico	
1 28 - Indicação Clínica	С		1	1		S			N	
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 10	0(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opci	onal) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de		idente ou d <b>9</b>	oença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As		citados								
34 - Tabela 35 - Código o	do Procedimento	36 - Descrição		ESTABILIZAC	AO DESSEO	CAO E/OU BLAST		- Qtde. Soli		
1- 22 30733049 2- 22 30733014					•	CAO E/OU PLAST ROSCOPICO DE .			1 1	
3- <b>18 60000805</b>						ANHEIRO PRIVATI			1	
4- 18 60024151		ALUGUELT	AXA DE APARE	ELHO / EQUIPA	MENTO PAR	A ARTROSCOPIA	PAR 1		1	
5-										
Dados da autorização  39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde Diárias Aut	torizados 144	Tipo do Assessi-	an autorizada	1				
39 - Data provavel da Admiss	sao nospitalar	40 - Qtde Diarias Aut 1	torizadas 41 -	Tipo de Acomoda	ao autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIA					LTDA				44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/06/2023 / Empresa / Titular: DEZAINY ASSESSORIA DE COBRANCA LTDA  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 Referenciada	4 - Senha			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	91446802		91446802	05/06/2023 20:22	9	1446802
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social						
0050000044538211						
8 - Nome						
VANILDA APARECIDA	SANTANA PEREIRA					
Dados do Profissional Solici						
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone		1 - E-mail		
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA					
Dados da cirurgia  12 - Justificativa técnica						
APRESENTA LESAÕ OSTE	OCONDRAL GRAU IV ASSOCIADO A SINOVITE E C RAL E SINOVITE EM JOELHO ESQUERDO	CISTO POPLITEO DE 5MM EM JOELHO ESQUER	DO. ENCAMINHO PAR	A TRATAMENTO CIRURGICO P	OR VIDEOATROSCOPIA DE JOELHO	
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N					citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário	Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>00 00590045 80777280006</b>	LAMINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	_  ,	_  1	
2- <b>00 00116700</b>		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ _ _ _ _ _ _		_  1	
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 '    - י -	
3-					_	
4-   _				_   _ _ , _	_	
				_ _ _ _	_ _	
5-   _				_	_!_   _	
				_ _ _ _ _		
6-   _      _ _    1   1   1   1   1   1				_	_	
24 - Especificação do Material			I—I—I—I—I—I			
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,						
25 - Observação / Justificativa	270 0000 / Fitids 05/00/0000 / F	DEZAINIV ACCECCODIA DE CODRANCA : TO :				
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 05/06/2023 / Empresa / Titular:	DEZAINY ASSESSORIA DE COBRANCA LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		