

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95314506

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- II										
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dade da Senha		14300				
31/05/202		11		6 - Data de Valid	30/07/2	24					
Dados do Beneficiário	1										
7 - Número da Carteira			† †	llidade da Carteira		9 - Atendimen	to de RN				
005000003237971	7		10/02	2/2026		N	1				
50 - Nome Social											
10 - Nome THIAGO AZEVEDO GALLI											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-0			13 - Nome do C UNIORT E C	ontratado ORTOPEDIA E	SPECIALIZ	ADA LTDA					
14 - Nome do Profission					15 - 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905			11 11		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / L][
19 - Código na Operado			-	al / Local Solicitad	0			1	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0	4	UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE		LTDA			1	2024 00:0	=
22 - Caráter do Atendime 2	nto 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ão 24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2		Previsão de uso de OPME 27 -		- Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica							'				
29 - CID 10 Principal (o	ocional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 -	CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Iter	ns Assiste	enciais Solicita	dos								
1- 22 30733 2- 22 30733 3- 98 08011	057 049 081	ocedimento	MENISCECT OSTEOCON PCT ARTRO	TOMIA - UM ME IDROPLASTIA OSCOPIA DE J	- ESTABILI OELHO UNI	ACAO, RES	SECCA	EOARTROSCOPI O E/OU PLASTI	CO 1 A# 1	' - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1
4- 18 60024 5- _			ALUGUELI	AXA DE APAR	ELHO / EQU	IPAMENTO	AKA A	RTROSCOPIA F	YAR I	1 1 1	1
6-									- - - - -		
Dados da autorização											
39 - Data provável da A	dmissão h	ospitalar 40 ·	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acon	odação autoriza	ida				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/05/2024 / Empresa / Titular: G GALLI HOTELARIA LTDA ME 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 - Assina	itura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	ao Beneficiário	ou Respo	onsavel 49 - Assi	natura do	Kesponsáv	ei pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciao	da	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		95314506		95314506	31/05/2024 16:27		95314506
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29	9 - Nome Social					
0050000032379717							
8 - Nome							
THIAGO AZEVEDO GA	LLI						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	I - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
	ENISCO - PROCEDIMENTO \ NISCO PROCEDIMENTO VI						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I			delice foldered		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20) - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00499293		22 - Referência do mater	O OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 2	,
80356130052	OANO		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2 	י י	_1 4	I
2-				_		_	,
3-	_ _ _			_ _ _ -	_	_	_ _ ,
					_	_ _	
4- _	_ _ _			_	_	_	_ _ , _
					_ _ _ _	_	
5- _	_ _ _			_	_	_	,
6-	 		-		_ _ _ _		,
·	 			- II	_	-I	I
24 - Especificação do Materia							
, ,							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		/2024 / Empresa / Titular: (G GALLI HOTELARIA LTDA ME				
15.5.5.10 0011111111100. (40)0	27.2 0000 / Emiliado em 01/00/	2021, Empresa, Indiai.	O ONLE HOTELMAN ETDA INC				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profis	ssional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		