

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92311885

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da 0															
343269	uia Atribuíd	o pela Operadora													
0.0200				9231	1885										
4 - Data da Autorização 5 - Se	nha	6 - Data de	Validade da Sen	nha											
24/08/2023 09:51	9	2311885	12/11/	/2023											
Dados do Beneficiário		11		11-		7									
7 - Número da Carteira 8650003516252004		8 - Validade da Car	teira	9 - Atendimento	de RN										
50 - Nome Social				N											
30 - Nome Social															
10 - Nome															
JOSUEL DIAS SABOIA															
Dados do Contratado Solicitante															
12 - Código na Operadora	13 ·	Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04	UN	IIORT E ORTOPEDIA	A ESPECIAL	IZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional Solicitante			- 11	5 - Conselho Profissio	11	- Número do Con	l t	11							
GUILHERME JOSE MIYASAKI F	IOVESAN	IA	06	6	30	165	41	225270							
Dados do Hospital / Local Solicitado /		•				1.									
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	11	ne do Hospital / Local Soli RT E ORTOPEDIA ES				- 11	21 - Data sugerida 09/09/2023 00:								
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de		24 - Regime de Internaçã			OC Dravia	io de uso de OPME		uso de Quimioterápico							
1	rinternação C	1 24 - Regime de internaça	.0   25 - Qide.	2	26 - Previsa	S	E     27 - Previsão de	N							
28 - Indicação Clínica															
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - C	ID 10(2) (ope	31 - CID 10(3)	(opcional) 3	32 - CID 10(4) (opcion	al)    33 -	Indicação de Acid	dente (acidente ou <b>9</b>	doença relacionada)							
Procedimentos ou Itana Assistanciais	Solicitodos						<u> </u>								
Procedimentos ou Itens Assistenciais  34 - Tabela 35 - Código do Procedime		- Descrição					37 - Otde Sc								
1- 22 30733065		•	DE UM MENI	SCO - PROCEDIA											
2- 22 30733030 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO 1 1															
	3- 98 08011081 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF 1 1														
3- 98 08011081		CT ARTROSCOPIA D	E JOELHO U	NIORTE - ENF	VRES) - F	ROCEDIMENT	С 1 ГО 1 1	1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151		-	E JOELHO U	NIORTE - ENF	VRES) - F	ROCEDIMENT	С 1 ГО 1 1	1 1							
3- <b>98 08011081</b>		CT ARTROSCOPIA D LUGUELTAXA DE AF	PARELHO / E	NIORTE - ENF	VRES) - F	ROCEDIMENT	С 1 ГО 1 1	1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-		CT ARTROSCOPIA D LUGUELTAXA DE AF	PARELHO U	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA	VRES) - F	PROCEDIMENT	С 1 ГО 1 1	1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-		CT ARTROSCOPIA D LUGUELTAXA DE AF	E JOELHO U	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA	VRES) - F	ROCEDIMENT	С 1 ГО 1 1	1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-		CT ARTROSCOPIA D LUGUELTAXA DE AF	E JOELHO U PARELHO / EC	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA	VRES) - F	ROCEDIMENT	С 1 ГО 1 1	1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-		CT ARTROSCOPIA D LUGUELTAXA DE AF	PARELHO U	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA	VRES) - F	ROSCOPIA PA	С 1 ГО 1 1	1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-		CT ARTROSCOPIA D LUGUELTAXA DE AF	PARELHO U	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA	VRES) - F	ROSCOPIA PA	С 1 ГО 1 1	1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-		CT ARTROSCOPIA D LUGUELTAXA DE AF	PARELHO U	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA	VRES) - F	ROSCOPIA PA	С 1 ГО 1 1	1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-	AI	CT ARTROSCOPIA D LUGUELTAXA DE AF	PE JOELHO U	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA	VRES) - F	ROSCOPIA PA	С 1 ГО 1 1	1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-	AI	CT ARTROSCOPIA DE LUGUELTAXA DE AF	PE JOELHO U	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA	VRES) - F	ROSCOPIA PA	С 1 ГО 1 1	1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-	AI	ET ARTROSCOPIA DE LUGUELTAXA DE AF  E Diárias Autorizadas  2  Nome do Hospital / Loca	PARELHO / EO  ATTENDA DE ACT  Autorizado	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA	VRES) - F	ROSCOPIA PA	С 1 ГО 1 1	1 1 1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-	AI	CT ARTROSCOPIA D LUGUELTAXA DE AF LUGUELTAXA DE AF	PARELHO / EO  ATTENDA DE ACT  Autorizado	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA	VRES) - F	ROSCOPIA PA	С 1 ГО 1 1	1 1 1 1 1  - - -   - - -   - - -   - - -   - - -							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-	AI   .	e Diárias Autorizadas 2 Nome do Hospital / Loca	PARELHO / EO  ATTION DE ACTION DE LA COMPANION	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA  comodação autorizada	VRES) - F	ROSCOPIA PA	C 1  TO 1  AR 1	1 1 1 1 1 1							
3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-	AI   .	e Diárias Autorizadas 2 Nome do Hospital / Loca	PARELHO / EO  ATTION DE ACTION DE LA COMPANION	NIORTE - ENF QUIPAMENTO PA  comodação autorizada	VRES) - F	ROSCOPIA PA	C 1  TO 1  AR 1	1 1 1 1 1 1							



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92311885		92311885	24/08/2023 09:51	92311885			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
8650003516252004									
8 - Nome		_							
JOSUEL DIAS SABOIA									
Dados do Profissional Solici									
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	11	- E-mail				
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica RUPTURA LCA RUPTURA LCA AUTORIZADO CONFORME	E UNIMED DE ORIGEM								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
1- <b>00 00590045</b>		WINA PARA SHAVER SET		23 - N° Autorização		_  1     _ ,			
80777280006	<del></del>		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>					
2-   _	_			_  _   _	_	_			
					_ _ _ _	_ _			
3-	_ _ _			_	_				
					_				
4-   _	_ _ _ _			_	_				
5-	_ _ _				_ _ _ _	!! _!			
<sup>3-</sup>                 -	-      				_	_			
6-		IIIIII				,, _			
					_, _ _ _ _ _ _				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				