

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90953194

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da	a Guia Atribuído	pela Operadora									
343269				9095	3194						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 90953194 6 - Data de			a de Validade da Se <b>23/0</b>	enha 6/2023							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		8 - Validade da	Carteira	9 - Atendimento	de RN						
0050000059934568 25/11/2024				N							
50 - Nome Social											
10 - Nome  MARIA AGUSTINA PEZZUTTI											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora	11	Nome do Contratado		17404   TO4							
10.246.214/0001-04	UN	IORT E ORTOPI			. 11.0 11.	" 15-15-15-06" 000					
14 - Nome do Profissional Solicitante  GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA				5 - Conselho Profissio	16 - Número do C 30165	onselho   17 - UF   18 - Código CBO   225270					
Dados do Hospital / Local Solicitado		-									
19 - Código na Operadora / CNPJ											
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo	de Internação	24 - Regime de Inter	nação 25 - Qtd	e. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OP	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico					
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MENISCO MEDIAL		1	I L		•						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 -		ional) 31 - CID 1	(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional)		nal) 33 - Indicação de A	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada 9					
Procedimentos ou Itens Assistenciai	s Solicitados										
34 - Tabela   35 - Código do Procedir   1- 22   30733065     2- 22   30733030     3- 98   08011080     4- 18   60024151     5-	RE CC PC	ONDROPLASTIA ET ARTROSCOPI UGUELTAXA DE	(COM REMOCA A DE JOELHO I E APARELHO / E	O DE CORPOS LI JNIORT - APT EQUIPAMENTO PA		NTO 1 1 1					
11-											
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospita	lar 40 - Qtde	Diárias Autorizadas	41 - Tipo de <i>A</i>	comodação autorizad	а						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Loca UNIORT E ORTOPEDI			l L Local Autorizado	LIZADA LTDA		44 - Código CNES 6528104					
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   6528104   45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2023 / Empresa / Titular: AGRALITY SEMENTES LTDA   46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



## SES, PRÔTESES E 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada 90953194	- Senha 90953194		5 - Data da Autorização <b>24/04/2023 18:07</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90953194	
		90933194		90933194	24/04/2023 16:07		90955194
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000059934568		29 - Nome Social					
8 - Nome							
MARIA AGUSTINA PEZ	ZUTTI						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1.	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA							
Dados da cirurgia			'				
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MENISCO N RUPTURA DO MENISCO N							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00590045</b>		22 - Referência do material  INA PARA SHAVER SETO		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_  1	_ _ ,
80777280006	LAII		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_1 '	
2-	_ _ _					_	_ _ , _
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
3-	_ _ _				_   _ _ , _	_	,
					_ _ _ _	_	
<del>4-</del>	_ _ _				_	_	,
		I				 -	,
•   _	_    _ _ _ _					-ı ı—ı—ı—ı _ll	1111'111
6-   _					_		_,
						_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa		04/2023 / Empresa / Titular: AC	GRALITY SEMENTES LTDA				
Tolelone Contratado. (43)3	512 0300 / EIIIIIIII 6111 24/1	نام برورون السام المراسطة الم	OIVILIT I GLIVILITIEG LIDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		