

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95776214

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Atribuído pela Operadora 95776214										
4 - Data da Autorização 11/07/2024 1	- 11	5 - Senha 9577		6 - Data de Validade da \$		Senha /09/2024					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira		9 - Atendiment	o de RN				
0050000007291534			08/0	5/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome EDITH GARCIA BORALLI											
Dados do Contratado Sol	icitante										
12 - Código na Operadora			13 - Nome do 0		005014115						
10.246.214/0001-04	. P - 21 1		UNIORTE	ORTOPEDIA ES			1	[ 10 N/ 1. 0		[47 115]	[40, 0/ E., 0D0
14 - Nome do Profissional S GUILHERME JOSE N			SANA		06	15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho 30165		17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Loca											
19 - Código na Operadora /			,	tal / Local Solicitado	0				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA	LTDA			20/07/2	024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - T	ipo de Internaç C	ção 24 - Regir	24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2		Previsão de uso de OPME 27		27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>	
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MENISCO					1						
29 - CID 10 Principal (opcio	nal)	30 - CID 10(2)	(opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32	CID 10(4) (opcic	onal)	33 - Indicação de A	cidente (ac	sidente ou c	oença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código			dos 36 - Descrição	)					37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065 2- 22 30733030 3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-			CONDROP	LASTIA (COM R OSCOPIA DE JO	REMOCAO I DELHO UNI ELHO / EQI	DE CORPOS L ORTE - ENF JIPAMENTO F	PARA A	O VIDEOARTRO 6) - PROCEDIMEI ARTROSCOPIA F	NTO 1		1 1 1 1 
11-	-   -   -	    							_  _  _	-1	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admi:	são hos	spitalar 40 -	Qtde Diárias Au	itorizadas 41 ·	- Tipo de Acor	nodação autoriza	da				
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 11/07/2024 / Empresa / Titular: EDITH GARCIA BORALLI  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	5 - Data da Autorização	- III		
343269		95776214		95776214	11/07/2024 14:41		95776214
Dados do Beneficiário		100 11					
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000007291534							
8 - Nome							
EDITH GARCIA BORAL							
Dados do Profissional Solici 9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1042	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIY		ı - E-maii					
	ASAKI FIOVESANA						
Dados da cirurgia  12 - Justificativa técnica							
RUPTURA DO MENISCO N RUPTURA DO MENISCO N							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 -	Descrição		16 - Oncão 17 - Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Otde Autorizada	20 - Valor I Initário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização		nado 10 Glao. Natorizada	20 Valor Official Official
1- 100066879	CA	NULA DE DEBRIDAÇÃO A	ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	<u> </u>	_ _ _ ,	_  1	,
81288540024		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2-   _	-				_	_ _	,
	_ _ _				_ _ _ _	_ _	
<sup>3-</sup>	_ _ _  					_	,
4-		IIIII				 	
					_,,,_,,_,,_, _	_,	
5-   _     _					_   _ _ , _	_	_ _ , _
	_ _ _	_ _ _ _ _		_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
6-   _	-				_	_	,
						_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
		/07/2024 / Empresa / Titular:	EDITH GARCIA BORALLI				
26 Data da Calicitação	27 - Assinatura do Pr	reficcional Calinitants		29 Assissative 4-	a Posponoával polo Autorização		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ionssional solicitante		Zo - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		