

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92443623

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	adora								
343269							9244	3623				
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de \								
05/09/2023 15	:44	92	2443623		04/	11/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			11	alidade da Carte	eira	9 - /	Atendimento	de RN				
0050000032131235			31/1	2/2023			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome EDSON OLIVEIRA FORTE												
Dados do Contratado Solid	citante											
12 - Código na Operadora		13 - 1	Nome do C	Contratado								
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E C	PRTOPEDIA	ESPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional So	olicitante					15 - Conse	elho Profissio	onal	16 - Número do Cor	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE RIBEIRA	A PROVENZA	4				06			28281		41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	dos da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / 0	CNPJ			al / Local Solic					11			oara Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	FE ORT	OPEDIA ES	PECIALIZ	ZADA LTI	DA			21/09/2	2023 00:0	)0
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias S <b>1</b>	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPM <b>S</b>	E 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				<u> </u>					<del>_</del>			
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID	10(2) (opci	onal) 3	31 - CID 10(3) (	opcional)	32 - CID 1	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Ac	idente (ad	cidente ou (	doença relacionada)
											9	
Procedimentos ou Itens As	ssistenciais Sol	icitados										
34 - Tabela 35 - Código	do Procedimento	36 -	Descrição							37	- Qtde. Sol	lic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065					_				O VIDEOARTROS	-		1
2- 18 60000805									IEIRO PRIVATIVO			1
3- <b>18 60024151</b>		AL.	UGUELI	AXA DE AP	AKELHO/	EQUIPAI	MENIO P	AKA A	RTROSCOPIA PA	AR 1		1
5-	IIII I	-1 I								-  - 	-II	 
6-		i								_	_,, _	 
7-	_ _ _	J								_	_  _	_
8-	_ _ _	J								_	_	
9-	_ _ _ _	!									_	
10-	_ _ _ _										_  _	
11-	 	-! !								- 	-lll 	 
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada												
33 - Data provaver da Admis.	sao nospitalai	40 - Qide	1	- 11	1	Acomodaçã	ao autorizad	14				
42 - Código na Operadora /	CNPJ autorizado	43 - 1	Nome do H	lospital / Local	Autorizado							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/09/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA												
46 Data da Calisitação	47 ^		D . C		1 40 A · · ·	noture de D	onofici f =! =	De	naéval 10 Assin	oture -l	Danner '	alasa Autorias ~:



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92443623		92443623	05/09/2023 15:44	92443623			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000032131235									
8 - Nome									
EDSON OLIVEIRA FOI	TE								
Dados do Profissional Solid	tante								
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	11	1 - E-mail				
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM DOR EM REPARO DE MENISCO JO		ES, COM PIORA PROGRES	SIVA DE INICIO SUBITO, LESÃO DE MENISCO	MEDIAL. ENCAMINHO	PARA TRATAMENTO CIRURGIO	CO POR VIDEOARTROSCOPIA .			
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	sitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mat		22 - Referência do mater	ial no fabricante	23 - Nº Autorização					
1- 00 00590045	LA	MINA PARA SHAVER SET		<u>  1</u>	_ _ _ ,	_  1			
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 00 00116700	CA		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		,	_  1			
80743230025 3-		ARTHROW COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
<sup>3-</sup>	_ _ _			·					
	<del>     </del>	IIIIII				 _			
		111111							
5-					_				
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _			
6-   _	_ _ _				_				
	_ _ _			_	_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/09/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				