

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95983788

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - I	Número da Guia .	Atribuído pela	Operadora			95983788				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Va	lidade da Se	enha					
31/07/2024 08:19			3788	29/0	9/2024					
Dados do Beneficiário					10-					
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 005000040091115 13/07/2026						endimento de RN <b>N</b>				
50 - Nome Social			10/01/2020							
10 - Nome TANIA MARIA ROSSI										
Dados do Contratado Solic	tante									
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado										
10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   14 - Nome do Profissional Solicitante   15 - Conselho Profissional   16 - Número do Conselho							onselho 1	7 - UF	18 - Código CBO	
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA				- 11	06 30165			41 225270		
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	os da Interna	ção					'		
19 - Código na Operadora / C	11		Hospital / Local Solicita			_		11		a Internação
10.246.214/0001-04			ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTI				15/08/2024 00:00			
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	rnação 24 -	Regime de Internação  1	25 - Qto	de. Diárias So <b>1</b>	olicitadas   26 - Pr	revisão de uso de OP <b>S</b>	ME 27 - Prev	risão de us	
28 - Indicação Clínica LCA CONDROPLASTIA										
29 - CID 10 Principal (opciona	I) 30 - CID 10	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (o	ocional)	32 - CID 10(	(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acide	ente ou doe	ença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	ritados						<u> </u>		
	Procedimento	36 - Desi CONDF RECON TRANS DIARIA ALUGU	crição ROPLASTIA (COM NSTRUCAO, RETE SPOSICAO DE MA A DE QUARTO CO JELTAXA DE APA	NCIONAM IS DE 1 TI LETIVO D RELHO / I	MENTO OL ENDAO - T DE 2 LEITO EQUIPAMI	J REFORCO D IRATAMENTO OS COM BANH ENTO PARA A	O LIGAMENTO O CIRURGICO HEIRO PRIVATIVA ARTROSCOPIA I	NTO 1 CR 1 1 'O 1	tde. Solic.	38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	40 - Qtde Diári	as Autorizadas 4	1 - Tipo de /	Acomodação	autorizada				
			1 1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código CNE							-			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/07/2024 / Empresa / Titular: DJAIR MAESTRO  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



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

Unimed #

١١	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	95983788		95983788	31/07/2024 08:19	9598	3788
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000040091115						
8 - Nome						
TANIA MARIA ROSSI						
Dados do Profissional Solici	tante					
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	1.	- E-mail		
GUILHERME JOSE MIY						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica LCA + CONDROPLASTIA LCA CONDROPLASTIA						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M					tado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autor	izado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00499218		AO AMC F 2,4X4,5MM 891630000	1		_  1	_l
80356130052		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- <b>72215755</b>		ENCIA REABSORVIVEIS BIOMET - 905629 -			_  1	_l
80044680085		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- <b>00 72320915 80044680067</b>		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1		_  1	_l
	ANTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESONTOPEDICOSETDA		_ _ _		
4-   _      _ _				_		-I
5.				_ _ _	-11 -	
· I					-           :  : 	-1
6-	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _  				 -	
				_	-1 1—1—1—1 1—1—1—1·1—1- _	-1
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 31/07/2024 / Empresa / Titular:	DJAIR MAESTRO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assingture de	Responsável pela Autorização		
20 - Data da Sulicitação	21 - Assinatura do Fronssional Solicitante		20 - Assinatura do	ncəpunsavei pela Autunzação		