

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95807977

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operadora							
343269						95807977				
4 - Data da Autorização 15/07/2024 14:	5 - Senha		07977	de Validade da \$	Senha 09/2024					
Dados do Beneficiário			11		1/-					
7 - Número da Carteira 0050000035311480			8 - Validade da C	arteira	9 - At	tendimento de RN N				
50 - Nome Social			10/11/2024							
Tomo Social										
10 - Nome ELTON PEREIRA										
Dados do Contratado Solici	tante									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	me do Contratado RT E ORTOPED	NA ESDECIA	11 17 A D A 1	TDA				
14 - Nome do Profissional Sol	icitante	ONIO	KI E OKTOFEL	JIA ESFECIA		ho Profissional	16 - Número do C	onselho 17	7 - UF 1 1	18 - Código CBO
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA					06	TO T TO HOSIOTICI	30165	4	- 11	225270
Dados do Hospital / Local S			•							
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	11		o Hospital / Local So E ORTOPEDIA I		'ADA I TD	٨		21 - Data sug		a Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte		4 - Regime de Interna		tde. Diárias So		revisão de uso de OP	<u>L</u> ,		o de Quimioterápico
1	C	sinação 2-	1	25 - Q	1	Siicitadas 20 - 1 1	S	INIL 27 - 1 levi	N	
28 - Indicação Clínica RECONSTRUCAO RETEN	CIONAMENTO	OU REFO	RCO DO LIGAME	NTO						
29 - CID 10 Principal (opciona	l) 30 - CID 1	0(2) (opciona	al) 31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10	O(4) (opcional)	33 - Indicação de A	.cidente (acider	nte ou doe	ença relacionada)
								9		
Procedimentos ou Itens As										
1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 22 30733073 4- 22 30731216 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7-	Procedimento	REPA OSTE RECO TRAN DIAR	EOCONDROPLA DNSTRUCAO, R NSPOSICAO DE IA DE QUARTO	STIA - ESTA ETENCIONA MAIS DE 1 1 COLETIVO	BILIZACA MENTO OI ENDAO - ⁻ DE 2 LEIT	O, RESSECCA U REFORCO D TRATAMENTO OS COM BANH	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI O LIGAMENTO O CIRURGICO HEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA I	OSC 1 A # 1 CR 1 1	 	38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
Dados da autorização	ão hospitalar	40 - Otdo Diá	árias Autorizadas	11 - Tipo de	Acomodação	o autorizada				
39 - Data provável da Admiss	ao nospilalal	-v - Qide Diê	anas Autorizadas 1	61	Acomodação	o autorizada				
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	NPJ autorizado	11	me do Hospital / Loc		ALIZADA L	LTDA			- 11	4 - Código CNES 528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/07/2024 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



Unimed A

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

·	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	95807977	·	95807977	15/07/2024 14:05	9580797				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0050000035311480									
8 - Nome									
ELTON PEREIRA									
Dados do Profissional Solici	ante								
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	1	1 - E-mail					
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA								
Dados da cirurgia									
	CIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do N					citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 00 72320915 80044680067		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1				
2- 00 00597007		IA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_ _ _ _ _ _ _		1				
80044680085		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 		_ '				
3- 00 00499293		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000			1				
80356130052		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
4- _					_				
5- _			_ _ _	_	_				
			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _				
6- _				_	-! .				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/07/2024 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					