

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91228803

(Via HOSPITAL)

1 " 11	- Número da Guia A	Atribuído pela Op	eradora								
343269					9122	28803					
4 - Data da Autorização 17/05/2023 10	5 - Senha	9122880	- 11	alidade da Sen 16/07/	1						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		8 -	Validade da Carte	eira	9 - Atendiment	o de RN					
0050000040305638	/05/2025		N	l							
50 - Nome Social											
									•		
10 - Nome											
JOAO VITOR DE AGI	JIAR MAISSEN	I									
Dados do Contratado Sol	citante										
12 - Código na Operadora		13 - Nome d									
10.246.214/0001-04		UNIORT E	ORTOPEDIA	ESPECIALI	ZADA LTDA						
14 - Nome do Profissional S				15 - Conselho Profissional			11		11		
JOAO PAULO FERNA	ANDES GUERR	REIRO		06	3		28617	41	225270		
Dados do Hospital / Loca		,									
19 - Código na Operadora /	- 11		spital / Local Solici				11	21 - Data sugerida	' '		
10.246.214/0001-04			RTOPEDIA ES					22/05/2023 00:			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interi	nação   24 - Re	gime de Internação	25 - Qtde.	Diárias Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OPME	27 - Previsão de	e uso de Quimioterápico		
1 28 - Indicação Clínica	С		1		1		S		N		
DOR E TRAVAMENTO E	M JOELHO DIRE	ITO GRANDE I	PLICA MEDIALL	ATERALIZADA	A MENISCO MED	DIAL					
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CID 10	(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (	opcional) 32	2 - CID 10(4) (opcio	onal) 3	33 - Indicação de Acid	dente (acidente ou	doença relacionada)		
								9			
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Solici	itados									
34 - Tabela 35 - Código	do Procedimento	36 - Descriç	ão					37 - Qtde. Sc	olic. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 30733022							TO VIDEOARTRO		1		
2- 22 30733103					•		DA PATELA, RE		1		
3- 22 30733057							DARTROSCOPIC		1		
4- 18 60000805 5- 18 60024151							EIRO PRIVATIVO RTROSCOPIA PA		1		
5- <b>18 60024151</b>		ALUGUE	LIAXA DE AF	AKELHO / EG	ROIPAWIENTO P	AKA AF	KIROSCOPIA PA	R 1	1		
°   _   _											
8-											
9-   _								_	  _ _ _		
10-  _	_ _ _ _								_ _ _		
11-									_ _ _		
12-								_  _ _	III		
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admis	são hospitalar 4	0 - Qtde Diárias	Autorizadas	41 - Tipo de Ac	omodação autorizad	da					
1				1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital /				ocal Autorizado 44 - Código CNES							
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPED				DIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104							
45 - Observação / Justificati				T'   50T'	MAN INDUCTE:	F 001/-		MENTOS ASSIS	2014011147777		
Telefone Contratado: (43	)3372-0900 / Emit	tido em 17/05/2	:023 / Empresa /	Titular: ROTA	MAX INDUSTRIA	E COME	RCIO DE EQUIPAI	WENTOS AGRIC	OLAS LIMITADA		
				1							
46 Doto do Coligitação	11 47 ^	inatura da Desti-	aianal Caliaita - t -	11 40 Appir = 4:	ura da Danafiai finitir :	au Daar -	aéval 40 Assins	turo do Doons =	val pala Autorizac = -		



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Se		4 - Senha	Senha		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	91228803			91228803			91228803	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
005000040305638								
8 - Nome								
JOAO VITOR DE AGUI	AR MAISSEN							
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	- E-mail			
JOAO PAULO FERNAN	IDES GUERREIRO							
Dados da cirurgia								
			LIZADA + MENISCO MEDIAL LIZADA MENISCO MEDIAL					
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitá	rio Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00590045 80777280006	LAN	MINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1	_ _ _ ,	_  1	_ ,	
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	-		_  1		
80743230025	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		- - - - - - - - - - - - - - - - -		_ ,	
3-	11111	7					I	
	_,,,, _ _ _ _ _ _			_	_, _	_,	-1/111	
4-   _				_  _   _	_	_	_ ,	
					_	_		
5-	_ _ _			_	_		_ ,	
					_			
6-	_ _ _			_	_		_ ,	
24 - Especificação do Material					_			
24 - Especificação do ivialerial								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/05/2023 / Empresa / Titular: ROTAMAX INDUSTRIA E COMERCIO DE EQUIPAMENTOS AGRICOLAS LIMITADA								
							-	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			