

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95017952

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269											
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dade da Senha	¬	17302				
06/05/2024 17:12		95017952		11	05/07/202	4					
Dados do Beneficiário	0										
7 - Número da Carteira			11	alidade da Carteira		- Atendiment					
005000005951029	96		31/0	7/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome GUILHERME MIRANDA RIBEIRO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissio			SANA		15 - Co	15 - Conselho Profissional 16 - Número o 30165			Conselho 17 - UF 18 - Código 41 225270		18 - Código CBO
Dados do Hospital / L								00.00][
19 - Código na Operad				tal / Local Solicitado	0			1	21 - Dat	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0		11		OPEDIA ESPE		TDA			1	2024 00:0	-
22 - Caráter do Atendimo	ento 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diár		26 - Pr	evisão de uso de OPI S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					1		'				
20 CID 40 Dringing /	project)	20 CID 40(2)) (oneignal)	24 CID 40/2) (one	ional) 22 C	D 10/4) /onei	on all	22. Indiagaña da A	oidonto (o	sidente que	lagger relagions del
29 - CID 10 Principal (c	ppcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ionai) 32 - C	D 10(4) (opcio	onai)	33 - Indicação de A	cidente (a	9	ioença relacionada)
Procedimentos ou Ite											
	-	ocedimento	36 - Descrição		DEDIEEDICA	CDONICA	е тр	ATAMENTO CIR		- Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1
1- 22 30726 2- 22 30733) - PROCEDIMEI			1
3- 22 30733				•				O LIGAMENTO			1
4- 22 30731	216		TRANSPOS	SICAO DE MAIS	DE 1 TENDA	O - TRATA	MENTO	CIRURGICO	2		2
5- 98 08011				IENTOPLASTIA					1		1
6- 98 08011 7- 18 60000				OSCOPIA DE JO			1 DANL	IEIRO PRIVATIV	1 0 1		1
8- 18 60004								RTROSCOPIA F			1
9-			,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	70012270700		/ Z	,,		, L		
10-										_, _	
11-	_ _								L	_ _	_
12-	. _	_ _							l_	_ _	_
Dados da autorização	0										
39 - Data provável da A	Admissão h	ospitalar 40	Qtde Diárias Au 5	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomo	ação autoriza	da				
42 - Código na Operad	ora / CNP	J autorizado	43 - Nome do H	Hospital / Local Auto	orizado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/05/2024 / Empresa / Titular: SONOCO DO BRASIL LTDA											
46 - Data da Solicitação	0	47 - Assin	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura d	Beneficiário	ou Respo	onsável 49 - Ace	natura do	Responsáv	el pela Autorização
au Jononaya	-	,						'0 '100			,



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

· · ·	3 - Número da Guia Referen	rciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		95017952		95017952	06/05/2024 17:12		95017952
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000059510296							
8 - Nome							
GUILHERME MIRANDA	RIBEIRO						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIN	ASAKI PIOVESANA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETEN RECONSTRUCAO RETEN							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00597007	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB		_ _ _ ,	_ 2	,
80044680085 2- 00 00499293	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA NO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_ _ _ _ 1		1 1	_ ,
80356130052	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ 	_ 1	-
3- 00 72320915	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			l 1	_ _ , _
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>		_ı ·	I—I—I—I'I—I—I
4- _ _ _ _ _ _ _ _ _						_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
24 Fanasifianaão de Metarial		<u> </u>				_ll	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		05/2024 / Empresa / Titular:	SONOCO DO BRASIL LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	II.						