

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93049896

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269						9304	9896				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid		1					
01/11/2023	17:49		93049896		31/12/202	<u> </u>					
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 0050000035865922			† †	6/2025		- Atendiment					
50 - Nome Social											
	SU - NOTITE SUCIAL										
10 - Nome											
RAFAEL ABORIHA	M										
Dados do Contratado S		•	[								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	l		13 - Nome do C	ontratado ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A I TDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitan	te	ONION E O	TOT EDIA EC		selho Profissi	onal	16 - Número do Co	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
GUILHERME JOSE			SANA		06	30165				41	225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicit	tado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11	•	al / Local Solicitado					1		ara Internação
10.246.214/0001-04				OPEDIA ESPE					<u> </u>	2023 00:0	
22 - Caráter do Atendiment	23 -	Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPI	ME    27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica				1	1			S			N
29 - CID 10 Principal (opc	ional)	30 - CID 10(2	) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CI	0 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens			dos								
34 - Tabela 35 - Códig 1- <b>22 3073306</b>		cedimento	36 - Descrição	I SIITIIDA DE	IIM MENISCO	BBOCEDI	MENT	O VIDEOARTRO		- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. <b>1</b>
2- 22 3073302								TO VIDEOARTRO			1
3- <b>22 307330</b> 7	<b>'</b> 3		RECONSTR	UCAO, RETEN	CIONAMENTO	OU REFO	RCO D	O LIGAMENTO	CR 1		1
4- 22 3073121				ICAO DE MAIS					1		1
5- 18 6000080 6- 18 6002415								EIRO PRIVATIV RTROSCOPIA F			1
7-	,. _		ALOGOLLIA		LLIIO / LQOII	AMENTOT	AIXA A	KTROOOOT IA I	L		
8-	_								i_	_iii	 
9-	_  _									_  _	
10-  _     _   11-       _	_  _	_								_	
12-	 -	   _							-  -	-!!! _  _	   - -
Dados da autorização									•		
39 - Data provável da Adr	nissão ho	espitalar 40	- Qtde Diárias Aut <b>1</b>	torizadas 41 -	- Tipo de Acomod	ação autorizad	la				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNE:							44 - Código CNES <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/11/2023 / Empresa / Titular: SALIM ABORIHAM NETO											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário c	u Respo	nsável 49 - Ass	natura do	Responsáv	el pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

"	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269		93049896		93049896	01/11/2023 17:49		93049896				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000035865922											
8 - Nome											
RAFAEL ABORIHAM											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO LCA + MENI RUPTURA DO LCA MENIS											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada fabricante 23 - № Autorização de Funcionamento							
1- 00 78898676			AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_  3	_ _ _ ,	_  3					
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- 00 00597007	PAF	RAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1	,	_  1	_ _ _ , _				
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _							
3- <b>00 72320907</b>	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	1		_  1	,				
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4- 00499293 80356130052	CAP		NO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>	_  ,	_  1	,				
5-		ANTINOM COMEN	SIO DE IIIII EANTEGORTOT EDICOGETDA				,				
	- <del>     </del>										
6-	 					 _	,				
	_ _ _				_ _ _	_ _					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/11/2023 / Empresa / Titular: SALIM ABORIHAM NETO											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização						