

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

## **GUIA DE SOLICITAÇÃO** DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92703241

(Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 92703241 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 92703241 29/09/2023 15:33 28/11/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000006058143 31/05/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome ANDERSON ANDRE ALMEIDA Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 30165 225270 **GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA** 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 09/10/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C S Ν 1 28 - Indicação Clínica RUPTURA DO LCA CONDROPATIA JOELHO DIREITO 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30733030 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO 2- **22** 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 3- **22** 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |\_\_|\_| 8- |\_\_|\_| 9- |\_\_|\_| 11-12-I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/09/2023 / Empresa / Titular: ANDERSON ANDRE ALMEIDA

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · ·	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Se		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	9	92703241		92703241	29/09/2023 15:33		92703241
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29 - Nome Socia	al					
005000006058143							
8 - Nome							
ANDERSON ANDRE ALMEIDA							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	11	- E-mail		
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO LCA + CONDROPATIA JOELHO DIREITO RUPTURA DO LCA CONDROPATIA JOELHO DIREITO							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	laterial 15 - Descrição		1	6 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		ência do material no fa		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045	LAMINA PARA SH			_  1		_  1	_ _ ,
80777280006			E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			1 4	
2- <b>00 72320907 80044680067</b>			GAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -   E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1	_ _ _ ,	_  1	,
3- <b>00</b>			ABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	-		l 1	_ _ _ ,
		E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	!		_  '		
4-   _   _   _   _   _   _   _   _   _						_	
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 29/09/2023 / Empre	esa / Titular: ANDER	RSON ANDRE ALMEIDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitar	nte		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		