

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94024524

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia	ı Atribuído pela Oper	radora	9402	4524				
4 - Data da Autorização 5 - Senha		6 - Data de Validade da		<u>'</u>				
08/02/2024 16:32	94024524	08	/04/2024					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	8 - V	alidade da Carteira	9 - Atendimento	de RN				
0050000006236343	17/1	10/2024	N					
50 - Nome Social								
10 - Nome SILVIA PERES CHIQUETTI								
Dados do Contratado Solicitante	140 Nove to	0						
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do 0	Contratado ORTOPEDIA ESPECI	ALIZADA LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante			15 - Conselho Profissio	nal 16 - Número do C	onselho 17 - UF 18 - Código CBO			
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIO	VESANA		06	30165	41 225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dad	-							
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	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 15/02/2024 00:00							
22 - Caráter do Atendimento 1 23 - Tipo de Int C	ernação 24 - Regi	me de Internação 25 - 0	Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OP S	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N			
28 - Indicação Clínica INSTABILIDADE PATELAR JOELHO ES		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID	10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcion	nal) 33 - Indicação de A	Acidente (acidente ou doença relacionada)			
					9			
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento	36 - Descrição CONDROP INSTABILIO TRANSPOS DIARIA DE	LASTIA (COM REMOC DADE FEMORO-PATE SICAO DE MAIS DE 1 QUARTO COLETIVO FAXA DE APARELHO	LAR, RELEASE LAT TENDAO - TRATAM DE 2 LEITOS COM	TERAL DA PATELA, F ENTO CIRURGICO BANHEIRO PRIVATIV	RET 1 1 1 1 1/0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Au	utorizadas 41 - Tipo d	e Acomodação autorizad	а				
	1	1						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	11	Hospital / Local Autorizado ORTOPEDIA ESPECI	ALIZADA LTDA		44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/02/2024 / Empresa / Titular: ADILSON CHIQUETTI 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

· II	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	940245	24	94024524	08/02/2024 16:32	94024524				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0050000006236343									
8 - Nome									
SILVIA PERES CHIQUETTI									
Dados do Profissional Solicitante									
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail					
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA									
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INSTABILIDADE PATELAR INSTABILIDADE PATELAR									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M					itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		naterial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 76630471 80777280105		O AT - 161 07 10 08 TIPO 07 4,5 X 120 MM , CM ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ - - - - - - - - -	_ 1				
2- 00 00597007		ICIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1				
80044680085		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLIDA		<u> </u>					
3- 00 00590495 PARAFUSO CORTICAL 3,5X20MM				2					
10247700039		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	-						
4- _					_				
5- _				_ _ _ ,	_				
				_ _ _	_ _				
6-				_					
				_ _ _ _	_ _				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/02/2024 / Empresa / Titular: ADILSON CHIQUETTI									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização					
20 Data da Collonação	2. Additional do l'ionssional dollocalité		1 20 / Nosiliatura ut						