

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94387101

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		0.420	274.04				
343269	70 2 · · · · · · ·				94387101						
4 - Data da Autorização 12/03/2024 18:34		5 - Senna	5 - Senha 6 - Data de Vali		11/05/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	llidade da Carteira	9	- Atendimento					
0050000061599304			01/08	8/2024		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome DAVID SAMUEL EX	'IQUIEL	_									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ORTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissiona GUILHERME JOSE			SANA		15 - Cor 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 30165			nselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solici	itado / Dados	da Internação							1	
19 - Código na Operador			,	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04				OPEDIA ESPE						2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimen 1	to 23 -	Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPN S	/IE 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico N
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2)	(opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cl	O 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de Ad	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Iten											
1- 22 307330 2- 22 307330 3- 18 600008 4- 18 600241 5- _ _ 6- _ _ _ 7- _ _ _ 8- _ _ _ 9- _ _ _ 10- _ _ 11- _ _ 12- _ _	65 30 05	I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	REPARO OI CONDROPL DIARIA DE	U SUTURA DE LASTIA (COM R QUARTO COL	REMOCAO DE ETIVO DE 2 LI ELHO / EQUIP	CORPOS L EITOS COM AMENTO P	IVRES) I BANH 'ARA A	O VIDEOARTRO) - PROCEDIMEN IEIRO PRIVATIVE RTROSCOPIA P	SC 1 ITO 1	_ _ _ _ _ _ _	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
Dados da autorização	. ~ .		0.1. 5.7.		-	~					
39 - Data provável da Ad	missao ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41 1	- Tipo de Acomod	açao autorizad	a				
42 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		autorizado		lospital / Local Auto		A LTDA	<u> </u>				44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/03/2024 / Empresa / Titular: DORI ALIMENTOS SA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referer	nciada 94387101	4 - Senha	94387101	5 - Data da Autorização 12/03/2024 18:34	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 943871			
Dados do Beneficiário		94307101		94307101	12/03/2024 10.34		94367101		
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000061599304									
8 - Nome									
DAVID SAMUEL EZIQU	JIEL								
Dados do Profissional Solic									
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	1 - E-mail				
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA									
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica LESÃO DO MENISCO JOI LESÃO DO MENISCO JOI									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4			
1- 100066879 81288540024	CA		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9- CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ ,		
2-	11111	ARTINOM COMER	OIO DE IIIII EARTEOGRATOI EDIOGOETDA			_	,		
						_ 	111/11		
3- _					_ _ _ , _	_	,		
					_ _ _ _	_ _			
4- _					_	_ _	,		
					_ _ _ _	_	,		
5- _ _ _ 	 					_			
6-		I—I—I—I—I—I—				 _	,		
						 _			
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa		/03/2024 / Empresa / Titular:	DORI ALIMENTOS SA						
Tolelone Contratado. (43)3	JOI 2-0300 / EIIIIIIIIII GIII 12/	100/2027 / Emplesa / Huldi.	DOM ALIVILIATION OA						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				