

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91997976

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pel	ela Operadora						
343269					!	91997976			
4 - Data da Autorização 5 - Senha 91:			97976 6 - Data	de Validade da Se <b>24/0</b>	enha <b>9/2023</b>				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira			8 - Validade da C	arteira	9 - Atendi	mento de RN			
0050000059648352			20/10/2024			N			
50 - Nome Social									
10 - Nome THIAGO BERNARDES	CHAVES								
Dados do Contratado Solid	itante								
12 - Código na Operadora		11	me do Contratado			_			
10.246.214/0001-04		UNIOF	RT E ORTOPEI				1	1	1
14 - Nome do Profissional So GUILHERME JOSE MI		/ESANA		11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 30165			onselho 17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local			,						
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	11		o Hospital / Local S E ORTOPEDIA	ADA LTDA			21 - Data sugerida <b>26/07/2023 18:</b>		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnação 24	4 - Regime de Interna	ação 25 - Qto	le. Diárias Solicita	idas 26 - Pr	revisão de uso de OPI	ME 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico
2	С		1		1		S		N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (		u(z) (opciona	cional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionad 9		doença relacionada)
Procedimentos ou Itens As			. ~					27.011.0	
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30726190 2- 22 30733065 3- 22 30733073 5- 22 30731216 6- 18 60000805 7- 18 60024151 8-	lo Procedimento	LESO REPA CONE RECO TRAN DIARI	ARO OU SUTUR DROPLASTIA (C DNSTRUCAO, R NSPOSICAO DE IA DE QUARTO	A DE UM MENCOM REMOCA ETENCIONAN MAIS DE 1 TE O COLETIVO D	NISCO - PROC LO DE CORPO MENTO OU RI ENDAO - TRA DE 2 LEITOS (	CEDIMENT OS LIVRES EFORCO D TAMENTO COM BANH	ATAMENTO CIR O VIDEOARTRO 6) - PROCEDIMEI DO LIGAMENTO 0 CIRURGICO HEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA F	SC 1 NTO 1 CR 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde Diá	árias Autorizadas	41 - Tipo de A	Acomodação aut	orizada			
42 - Código na Operadora / 0	CNPJ autorizado	43 - Nor	me do Hospital / Lo	1 Cal Autorizado					44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDI					LIZADA LTD	Α			6528104
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / Em								
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura do F	Profissional Solicitar	nte II 48 - Assina	atura do Benefici	iário ou Respo	onsável 49 - Ass	inatura do Responsá	vel pela Autorização



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

Unimed A

			-					
	s - Número da Guia Referen	11	4 - Senha	<b>!</b>			lo pela Operadora	
343269	91997976			91997976		91997976		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000059648352								
8 - Nome								
THIAGO BERNARDES C	HAVES							
Dados do Profissional Solicita	ante							
9 - Nome do profissional solicitar	nte		10 - Telefone	11	- E-mail			
GUILHERME JOSE MIYA	ASAKI PIOVESANA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
RUPTURA LCA + MENISCO								
RUPTURA LCA MENISCO	LATERAL DE CONDRO	PLASTIA JOELHO DIREITO						
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Ma	aterial 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Otde Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do materi	ial no fabricante	23 - Nº Autorização		made to additionEdda .	20 Valor Ormano / latonizado	
1- 00 72320907	DIS	POSITIVO DE FIXACAO D	E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	<u> _ </u> 1	_ ,	_  1	,	
80044680067		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSO			REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	2	_ ,	_  2	_ _ , _	
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- <b>00 00590045</b>	- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306			<u> </u>	_ ,	_  1	,	
80777280006		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4-					_	_	_ _ , _	
5-   _					_		_,	
6-								
					_,	_, ,,_, _ _	1-1-1-1/1-1-1	
24 - Especificação do Material								
, ,								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/07/2023 / Empresa / Titular: DANIELE BERNARDES DOS SANTOS CHAVES								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			