

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93969557

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		939	69557				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dade da Senha	339	03331				
05/02/2024 09:54		3 Octina	93969557	Data de Valle	05/04/20	24					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	ı	9 - Atendimen					
	0050000051534196 01/10/2024 N										
50 - Nome Social											
10 - Nome VINICIUS VIDOTTI TASHIMA											
Dados do Contratado S	Solicitante	е									
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissiona			SANA		15 - 0 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 30165			Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Lo								00.00][
19 - Código na Operador			,	al / Local Solicitad	lo				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA	LTDA			06/01/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen 2			ção 24 - Regim	24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - F		Previsão de uso de OPME 27 -		Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO			<u> </u>		<u>-1.</u>						
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 -	CID 10(4) (opcie	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
	,			,,,,	Í	, , , ,				9	
Procedimentos ou Iten:									27	. Otala Call	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307330 2- 22 307330 3- 18 600005 4- 18 600241	65 22 54	ocedimento	REPARO OL SINOVECTO DIARIA DE	U SUTURA DE DMIA PARCIAL APARTAMEN	OU SUBTO	TAL - PROCI	EDIMEN	O VIDEOARTRO ITO VIDEOARTR IRTROSCOPIA P	SC 1 2OS 1	- Qide. 30	1 1 1 1
5-									_ _ _ _ _		
Dados da autorização 39 - Data provável da Ad	missão ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acom	odação autoriza	ıda				
23 2 Sala provavor da Au		- 551.61	1	12		- 30900 00101126					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/02/2024 / Empresa / Titular: CAMPEA ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



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

Unimed #

1					1						
	3 - Número da Guia Referen	1	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	· ·				
343269		93969557		93969557	05/02/2024 09:54		93969557				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000051534196											
8 - Nome											
VINICIUS VIDOTTI TASI											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica LESAO DO MENISCO JOE LESAO DO MENISCO JOE											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- 76630471	CAI		AT - 161 07 10 08 TIPO 07 4,5 X 120 MM , C	SM _ 1		_ 1	,				
80777280105		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- _	-			_	_	_	,				
	_		-			_ _					
3-	-				_	_	,				
- - - - - - - - -	_		-			_					
⁴⁻	-					_	,				
	_	IIIII	-			 _	_ _ , _				
	- 					_	₁				
6-		111111				 	,				
						_	111711				
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/02/2024 / Empresa / Titular: CAMPEA ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA											
00 Dete de 0. l'. l'	07 4-111 1 2	effectional Callain and		100 4	- December 1 and A 4 of 1 of 7						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	otissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						