

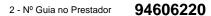
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94606220

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núm	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		9460	06220				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dade da Senha	7	70220				
01/04/2024 18:11		94606220		Data de Valle	31/05/202	4					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	alidade da Carteira	9	- Atendimento					
0050000061724265	5		12/0	7/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome ANDERSON GUILI	HERME	ALBANI									
ANDERSON GUILHERME ALBANI  Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profission					15 - Co	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734			nselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo			da Internação							1	
19 - Código na Operado			-	al / Local Solicitad	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	4	UN		OPEDIA ESPE						2024 00:0	•
22 - Caráter do Atendimer  1	nto    23 -	- Tipo de Interna <b>C</b>	ção   24 - Regin	ne de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diária <b>1</b>		26 - Pr	evisão de uso de OPN <b>S</b>	/IE    27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico  N
28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA MEN											
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2	) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - Cl	D 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Iten	ıs Assiste	enciais Solicita									
		ocedimento								- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b> 307330 2- <b>22</b> 307330								O VIDEOARTRO O LIGAMENTO (			1
3- 22 307312				ICAO DE MAIS					1		1
4- 18 600005				APARTAMENT					1		1
5- <b>18 60024</b> 1	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO P	ARA A	RTROSCOPIA P	AR 1		1
6-   _	_ _ _								_	_  _	_
7-   _	_	_  _							_	_	
8-   _	_ _ _	-								_	
9-   _	_ _ _	-								_	_
10-      11-	 	-   -							- 	_	
12-	 	-111 							- 	_   	 
Dados da autorização	,										,,
39 - Data provável da Ad	dmissão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	da				
			1	12							
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 01/04/2024 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário d	ou Respo	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha				Guia atribuído pela Operadora	
343269		94606220		94606220	01/04/2024 18:11		94606220	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000061724265								
8 - Nome								
ANDERSON GUILHER	ME ALBANI							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1	l - E-mail			
MARCUS VINICIUS DA	NIELI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
LESAO DO LCA + MENISO LESAO DO LCA MENISCO								
LEGAO DO LOA MENISO	J JUELHO ESQUENDO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa				23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 100066879 CANULA DE DEBRIDACAO ART HO				_  1		_  1	_ _ , _	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00 72320907 DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGA						_  1	,	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _	. 4		
3- <b>00 00597007 80044680085</b>	PA		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	,	
4- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			1 0		
80044680449	Dis		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_  0	-	
5-		AKTIIKOM COMEKC	DIO DE IMI EARTEGORTOT EDIOCOETDA				,	
	 					-I	-	
	 	IIIIII				 _	,	
	_ <del> _ </del> _ _	111111			_,	-ı ı—ı—ı—ı 	'	
24 - Especificação do Materia				1-1-1-1-1-1				
24 Espesificação do Materia	'							
25 - Observação / Justificativa	1							
		/04/2024 / Empresa / Titular: f	ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			
	11			11				