

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92620549

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora   |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
|--|---------------------------------------|--|-------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------|-----------|-----------------------|--------------|-------------------------|------------------------------------|
| 343269   |                                       |  | 92620549          |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 4 - Data da Autorização <b>22/09/2023</b>  | 10-48                                 | 5 - Senha  | 92620549          | 6 - Data de Valid     | dade da Senha<br><b>21/11/20</b> | )3              |           |                       |              |                         |                                    |
| Dados do Beneficiário  |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN  |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 0050000061413308 20/05/2025  |                                       |  |                   |                       |                                  | N               | I         |                       |              |                         |                                    |
| 50 - Nome Social   |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
|  |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 10 - Nome ANTONIO PAULO ZORZAN JUNIOR  |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| Dados do Contratado Solicitante  |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado   |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 10.246.214/0001-04   | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 14 - Nome do Profissional  | Solicitan                             | te   |                   |                       | 15 - C                           | onselho Profiss | ional     | 16 - Número do Con    | selho        | 17 - UF                 | 18 - Código CBO                    |
| GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA  |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           | 30165                 |              | 41                      | 225270                             |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação   |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 07/10/2023 00:00 |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
|  |                                       | Tipo de Internac   |                   |                       |                                  |                 | 1 oc. D** |                       |              |                         |                                    |
| 22 - Caráter do Atendimento  | 23 -                                  | C C  | çao    24 - Regin | ne de Internação<br>1 | † i                              | ias Solicitadas | 26 - Pre  | evisão de uso de OPMI | =    27 - Pi | revisão de              | uso de Quimioterápico  N           |
| 28 - Indicação Clínica   |                                       |  |                   | <u> </u>              |                                  | •               | 11        |                       |              |                         |                                    |
| RUPTURA LCA  |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
|  |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)   |                                       |  |                   |                       |                                  | ID 10(4) (opcio | onal)     | 33 - Indicação de Aci | •            | idente ou c<br><b>9</b> | loença relacionada)                |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados   |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 34 - Tabela 35 - Códig   |                                       | cedimento  | 36 - Descrição    |                       |                                  |                 |           |                       |              | Qtde. Soli              |                                    |
| 1- 22 3073306<br>2- 22 3073303   |                                       | REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1  CONDRORI ASTIA (COM REMOCAO DE CORROS LIVRES) PROCEDIMENTO 1 |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 2- 22 30733030 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO 1 1 3- 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 1         |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       | 1            |                         |                                    |
| 4- 22 3073121  |                                       |  |                   | SICAO DE MAIS         |                                  |                 |           |                       | 1            |                         | 1                                  |
| 5- 18 6000080  | 5                                     |  |                   |                       | _                                |                 |           | EIRO PRIVATIVO        |              |                         | 1                                  |
| 6- 18 6002415  | 1                                     |  | ALUGUELT          | AXA DE APAR           | ELHO / EQU                       | PAMENTO F       | PARA A    | RTROSCOPIA PA         | AR 1         |                         | 1                                  |
| 7-   | -  <br>                               | _ <br>   |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              | _ <br>                  | <br>                               |
| 9-   | <br>                                  | <br>  _  |                   |                       |                                  |                 |           |                       | _            | !!!<br>  _              | <br>  - -                          |
| 10-  |                                       | <br>  _  |                   |                       |                                  |                 |           |                       | _ i_         |                         |                                    |
| 11-  | _                                     | _ _  |                   |                       |                                  |                 |           |                       | _            |                         |                                    |
| 12-  | -ll                                   |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         | _                                  |
| Dados da autorização   |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 39 - Data provável da Adm  | issão ho                              | ospitalar    40 -  | Qtde Diárias Au   | torizadas 41          | - Tipo de Acomo                  | dação autoriza  | da        |                       |              |                         |                                    |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autor UNIORT E ORTOPEDIA ES   |                                       |  |                   |                       |                                  | DA LTDA         |           |                       |              |                         | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b> |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/09/2023 / Empresa / Titular: ANTONIO PAULO ZORZAN JUNIOR 07889783906            |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| TOURIS CONTRIBUTES. (10)001 2-0000 / Ellillido elli 22/00/2020 / Ellipiesa / Titulai. All'I Ollio FADEO 20/All'I JUNION U/ 0001/0000                               |                                       |  |                   |                       |                                  |                 |           |                       |              |                         |                                    |
| 46 - Data da Solicitação   |                                       | 47 - Assina  | tura do Profissio | nal Solicitante       | 48 - Assinatura                  | lo Beneficiário | ou Respo  | nsável 49 - Assin     | atura do F   | Responsáv               | el pela Autorização                |



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed #

**MATERIAIS ESPECIAIS - OPME** 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 92620549 92620549 22/09/2023 10:48 92620549 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000061413308 8 - Nome **ANTONIO PAULO ZORZAN JUNIOR** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica **RUPTURA LCA** RUPTURA LCA **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 72320915 1- 00 DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -80044680067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PARAFUSOS DE INTERFERENCIA REABSORVIVEIS BIOMET - 905629 -72215755 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72686871 PONTEIRA DESCARTAVEL RAZEK - 881120000 - PONTEIRA DESCARTA 80356130058 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/09/2023 / Empresa / Titular: ANTONIO PAULO ZORZAN JUNIOR 07889783906 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização