

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91800369

(Via HOSPITAL)

4 - Date de Nationezação   11/08/2023   11	1 - Registro ANS 3 - Número da Gu 343269	l ia Atribuído pela Ope	eradora	91	800369					
Section   Sect	1 11		11							
10 - Norme										
10 - Nome	1	8 - \	/alidade da Carteira	9 - Atendime	<b>I</b>					
RATIA GOMES JURADO VARGAS   Dados do Contratado Solicitarino   13 - Nome do Contratado   Universidado   Unive	50 - Nome Social									
RATIA GOMES JURADO VARGAS   Dados do Contratado Solicitarino   13 - Nome do Contratado   Universidado   Unive	10 - Nome									
13 - Nome do Portinado	†	3								
10.246.214/0001-04										
Tat Nome do Profesional Solicitarite   SullHarME JOSE M/NASAKI PIOVESANA   15 - Conselho Profesional   15 - Conselho Profesional   16 - Número do Conselho   41   17 - UF   18 - Código CBO   225270	· ·	11		ECIALIZADA I TDA						
BUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA  Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados de Internação  10.246.214/0001-04  Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados de Internação  10.246.214/0001-04  DIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  22 - Corta de Internação  23 - Tipo de Internação  DA - Regime de Herenação  DA - Regime de Heren		ONIONI	OKTOT EDIA ESI		ssional 16 - Número do 0	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO				
19- Coligo na Operadora / CARPJ	GUILHERME JOSE MIYASAKI PIO	OVESANA		06	30165					
10.246.214/0001-04										
23 - Tipo de Internação C 1 25 - Cito de Internação C 1 26 - Previsão de uso de OPME C 1 27 - Previsão de uso de OPME C N 28 - Indicação Cilinica ARTROFIBROSE JOELHO PÓS OPERATÓRIO  29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Addiente (addiente ou doença relacionada) 9  Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1 - 22 30733090 TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEO 1 1 2 - 318 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 4 - 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 1 5 - 1 1 1 1 5 - 1 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 - 1 1 1 5 -	, ,	1		ALIZADA LTDA		11				
1		L			s 26 - Previsão de uso de Ol					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou deença relacionada) 9  Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 35 - Descrição 37 - Cide. Solic. 38 - Cide. Aut. 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 11 '		· 11			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
29 - CID 10 Principal (opcional)   30 - CID 10(2) (opcional)   31 - CID 10(3) (opcional)   32 - CID 10(4) (opcional)   33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)   9		ΔΤ <b>Ó</b> RIO								
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30733090 TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEO 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
34 - Tabela   35 - Cédigo do Procedimento   36 - Descrição   37 - Qtde. Solic.   38 - Qtde. Aut.   1 - 22   30733090   TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEO   1   1   1   1   1   1   1   1   1						9				
1- 22			in			27 Otdo Colio 20 Otdo Aut				
7-	1- 22       30733090       TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEO       1       1         2- 22       30713064       MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA GERAL       1       1         3- 18       60000805       DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO       1       1         4- 18       60024151       ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR       1       1									
39 - Data provável da Admissão hospitalar  40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	7-									
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 07/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO		40 - Qtde Diárias A	utorizadas 41 - Ti	po de Acomodação autori	zada					
10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   6528104     45 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO		1	1							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO	1	11				II -				
46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	Telefone Contratado: (43)3372-0900 / E PERATIVA DE TRABALHO MEDICO									



Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada 91800369		4 - Senha 91800369		5 - Data da Autorização 07/07/2023 19:14	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91800369				
		91000309		91000308	07/07/2023 19:14	91800369				
Dados do Beneficiário		On New Order								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
1170000002190581										
8 - Nome										
KATIA GOMES JURADO VARGAS										
Dados do Profissional Solicit										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone				1 - E-mail						
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica ARTROFIBROSE JOELHO ARTROFIBROSE JOELHO AUTORIZADO CONFORME	PÓS OPERATÓRIO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	o de Funcionamento					
1- 00590045 80777280006	LAI	MINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL			_  1				
2-			NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empi			-				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização					