

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93342695

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da (	Guia Atribuíd	o pela Opera	adora								
343269							93342	2695				
4 - Data da Autorização 29/11/2023 18:50			93342695	6 - Data de Vali		Senha 02/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Va	ilidade da Carteira	a	9 -	Atendimento d	de RN				
9700020010356279							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome THIAGO PEREIRA DOS SANTOS												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	- Nome do C	ontratado ORTOPEDIA E	SDECIA	\	LTDA					
	Solicitonto	UN	NIORIEC	RIOPEDIA E				201 11	6 - Número do C	oncolho	17 - UF	18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Solicitante  JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO					11	15 - Conselho Profissional 16 - Núm 28617				oriseirio	41	225270
Dados do Hospital / Loc			•									
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11		al / Local Solicitad		ADALTI	24			11		para Internação
22 - Caráter do Atendimento				GEORT E ORTOPEDIA ESPECIALIA GEORGIA DE LA COMPANIO DEL COMPANIO DEL COMPANIO DE LA COMPANIO DEL COMPANIO DEL COMPANIO DE LA COMPANIO DEL COMPANIO DEL COMPANIO DE LA COMPANIO DEL COMPANIO DEL COMPANIO DE LA COMPANIO DEL COMPANIO DE LA COMPANIO DE LA COMPANIO DEL COMPANIO DE							/12/2023 00:00 27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1	ii '	C	24 - Regiii	1	25 - Qi	1	Solicitadas	20 - Flevis	S	IVIE   27 - 1	Frevisao de	N
28 - Indicação Clínica LESÃO DO LCA MENIS	SCO JOELHO	DIREITO										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		ai)   33	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacio			loença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assistenciais	Solicitados										
34 - Tabela     35 - Códig       1- 22     3073111       2- 22     3073306       3- 22     3073307       4- 18     6000080       5- 18     6002415       6-	5 3 5	TI R R D	EPARO OI ECONSTR IARIA DE	TIA / ENXERTO U SUTURA DE UCAO, RETEN QUARTO COL AXA DE APAR	UM ME NCIONA LETIVO	NISCO - MENTO ( DE 2 LEI	PROCEDIN DU REFOR TOS COM E	MENTO V CO DO BANHEI	VIDEOARTRO LIGAMENTO RO PRIVATIV	2 DSC 1 CR 1 /O 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  2 1 1 1 1
39 - Data provável da Adm	issão hospitala	r 40 - Qtd	e Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada					
	,		1	1		•						
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 <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PA ULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS												
46 - Data da Solicitação	47	<ul> <li>Assinatura</li> </ul>	do Profissio	nal Solicitante	48 - Assir	natura do B	eneticiário ou	Respons	avel     49 - Ass	sınatura do	Responsáv	ei pela Autorização



## Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	<del>     </del>	enha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído p	·				
343269		93342695		93342695	29/11/2023 18:50		93342695				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
9700020010356279											
8 - Nome											
THIAGO PEREIRA DOS SANTOS											
Dados do Profissional Solic	itante										
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
JOAO PAULO FERNAI	NDES GUERREIRO										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica LESÃO DO LCA + MENISO LESÃO DO LCA MENISO AUTORIZADO CONFORM	) JOELHO DIREITO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do material no f		23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- 00 78898676	DIS		O MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			_  3	,,				
80044680449	DI 4		DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- <b>00</b> 70627657 10208610040	PLA		AMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1		_  1	,				
3- <b>00</b>	DAI		ABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_  1					
80044680085	FAI		DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  ' 	_   -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -	_  '	_ ,				
4- 00 00116700	CAI		90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1					
80743230025	<b>0</b> 7.11		E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>		-ı · ı					
5- 00 100066879	CAI		HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-			1					
81288540024			E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—. 							
6-   _					_	_	,				
04 5	lll					- <b>  </b>					
24 - Especificação do Materia											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						