

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90920768

(Via HOSPITAL)

1 "	- Número da Gu	uia Atribuído	pela Opera	dora								
343269							9092	0768				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 909		0920768	6 - Data de Val		Senha <b>07/2023</b>							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 8650003620039001 N												
50 - Nome Social												
SU - NUTILE SUCIAL												
10 - Nome  GABRIEL HENRIQUE DE OLIVE												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do C		SDECI/	NI 17ADA	LTDA					
									18 - Código CBO			
ROBERTO GRANGE GASPARELLI						06 32428			Condomo	41 225270		
Dados do Hospital / Loca			-									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida par 30/04/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 30/04/2023 00:00								-				
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de I	nternação	24 - Regim	e de Internação	25 - Q1	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Prev	visão de uso de (	OPME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		1			S			N
28 - Indicação Clínica LESÃO CONDRAL MEN	IISCO JOELHO	DIREITO										
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  Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados												
_	do Procedimen		- Descrição	I CUTURA DE	IIM ME	NISCO	BBOCEDI	MENTO	VIDEOARTI		' - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. <b>1</b>
1- 22 30733065 2- 22 30733030				J SUTURA DE .ASTIA (COM								1
3- 98 08011081				SCOPIÀ DE J				,		1		1
4- 18 60024151		AL	.UGUELT	AXA DE APAF	RELHO/	EQUIPA	MENTO PA	ARA AF	RTROSCOPIA	A PAR 1		1
5-										             		
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada												
33 - Bata provaver da Admi	osao nospitalai	- Quac	1	1	ripo de	Acomodaç	ao adionzadi					
							44 - Código CNES <b>6528104</b>					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/04/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED CO OPERATIVA CENTRAL												
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura (	ao Profissior	nai Solicitante	48 - Assii	natura do E	eneticiário ou	u Kespon	ısavel    49 - <i>P</i>	ssinatura do	Responsáv	ei pela Autorização



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

Unimed A

·	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído p	•			
343269	90920768		90920768	20/04/2023 11:37		90920768			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
8650003620039001									
8 - Nome  GABRIEL HENRIQUE DE	E OLIVE								
Dados do Profissional Solicita									
9 - Nome do profissional solicitar		10 - Telefone	     11	- E-mail					
ROBERTO GRANGE GA				2					
Dados da cirurgia	<del></del>								
12 - Justificativa técnica LESÃO CONDRAL + MENISC LESÃO CONDRAL MENISC AUTORIZADO CONFORME I	O JOELHO DIREITO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Ma				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Materia			23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET				_  1	,			
80777280006	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_					
2-			_	_	_	,			
3-				_!!!!!!	 _	,			
· I—I—I I—I—I—I—I	!!!!!		- II	_	_I	lll <sup>,</sup>  l			
4-					 _	,			
	<del> </del>		-		-i iii				
5-			_		 _	,			
6-   _	<u> </u>		_	_   _ _ ,	_	_ _ _ ,			
	<del>                                     </del>			_	_ _				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/04/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					