

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93597504

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia /	Atribuído p	oela Operad	lora				$\neg$				
343269							935975	04				
4 - Data da Autorização 27/12/2023 11:08 5 - Senha 93597504 6 - Data de Validade da Senha 05/03/2024												
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN												
9942298268283001 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome HIGOR STRESSER DOS SANTOS												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		H	lome do Co		ESDECIA		LTDA					
	10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									40. Cádina CDO		
14 - Nome do Profissional Solicitante  MARCUS VINICIUS DANIELI						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734			Número do Co 734	onseino	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local S												
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04  20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								1	sugerida p 2024 00:0	ara Internação <b>0</b>		
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inter	rnação	24 - Regime	de Internação	25 - Qt	tde. Diárias S <b>1</b>	Solicitadas 26	- Previsão	de uso de OPI	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESÃO DO LCA MENISCO												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (c			opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 3		33 - 1	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada <b>9</b>			loença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados										
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733065 2- 22 30733073 3- 22 30731216 4- 18 60000554 5- 18 60024151 6-	o Procedimento	REP REC TRA DIAI	CONSTRU ANSPOSIO RIA DE <i>A</i>	JCAO, RETE CAO DE MA APARTAMEI	ENCIONA IS DE 1 T NTO SIMI	MENTO ( ENDAO - PLES	PROCEDIME DU REFORCO - TRATAMEN MENTO PAR	O DO LIO	GAMENTO ( URGICO	SC 2 CR 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  2 1 1 1 1 1
7-										_  _  _  _	-    -    -    -	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar   4	10 - Qtde D	Diárias Auto <b>1</b>	11	1 - Tipo de 1 <b>2</b>	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado						ALIZADA	LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	ído pela Operadora				
343269		93597504		93597504	27/12/2023 11:08		93597504				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
9942298268283001											
8 - Nome											
HIGOR STRESSER DO	S SANTOS										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
MARCUS VINICIUS DA	NIELI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica LESÃO DO LCA + MENISC LESÃO DO LCA MENISCO AUTORIZADO CONFORMI	MEDIAL E LATERAL JO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição	rial no fabricanto		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento						
1- <b>00 78898676</b>						_  4	_ _ _ ,				
80044680449						-ı ·	1-1-1-1-1'1-1-1				
2- 00 00597007	PAF	RAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAE	,,_,_,,		_  1					
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			<b>–</b> I	111/11				
3- <b>00 72320907</b>	DIS	POSITIVO DE FIXACAO D	E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			_  1					
80044680067		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-					
4- 00 75809311	CAN	NULA DE DEBRIDAÇÃO T	TP - 160 01 04 08 TIPO 01 3,5 X 120 MM , CN	l  _  1		_  1					
80777280107		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
5-   _				_  _   _ .	_   _ _ , _	_	_ _ _ ,				
	_ _ _ _				_ _ _ _	_					
6-   _	_ _ _			_	_   _ _ ,	_	,				
						_					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	oficeional Solicitanto		28 . Assinature d	o Responsável pela Autorização						
zo - Data da Solichação	27 - Assiriatura do Pro	onssional Solicitable		20 - Assinatura di	o nesponsavei pela Autorização						