

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90694218

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Númer	o da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269						9069	4218				
4 - Data da Autorização 31/03/2023 1	11	5 - Senha	90694218	6 - Data de Vali	dade da Senha 30/05/202						
Dados do Beneficiário	2.13		90094210		30/03/202	2]					
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000035313504			10/1	1/2024	1	N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
GUILHERME FELIPE	CARC	DLLI									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ontratado ORTOPEDIA E	SDECIAL IZAT	A I TDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitant		ONIONIEC	TO LUIA L			nnal II	16 - Número do Co	neelho	17 - UF	18 - Código CBO
ROBERTO GRANGE					15 - Conselho Profissional 16 - Núme 32428				41		225270
Dados do Hospital / Loca	al Solicita	ado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora			-	al / Local Solicitad	lo				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		11		OPEDIA ESPE		TDA			08/04/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - 1	Γipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diári	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPI	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С		1	1			S			N
28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO	1051110		^								
29 - CID 10 Principal (opcid	onal)	30 - CID 10(2	() (opcional)	31 - CID 10(3) (opo	cional) 32 - C	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A		cidente ou d 9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens			dos								
34 - Tabela 35 - Códig		edimento	36 - Descrição		LIM MENISCO	DDOCEDI	MENTO	VIDEOARTRO		- Qtde. Soli	
1- 22 3073306 2- 98 0801108				O SOTUKA DE OSCOPIA DE J			WENIC	O VIDEOARTRO	SC 1 1		1
3- 18 6002415							ARA AI	RTROSCOPIA F			1
4- _	. _	_ _ _							_	_	_ _
5- _ _	-								L	_	_ _ _
6- _ _		_ _ _								_	_ _ _
⁷⁻	. . 								_	-lll	
9-	-!!!- 	II 							 	-II 	
10-											 _
11-	. _	_ _ _							_	_	_ _
12-	- -	_ _ _							_	_	_ _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adm	issão hos	spitalar 40	- Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41 61	- Tipo de Acomod	ação autorizad	la				
							44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/03/2023 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura de	Beneficiário o	u Respo	nsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

· · ·	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	90694218		90694218	31/03/2023 12:13		90694218		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000035313504								
8 - Nome								
GUILHERME FELIPE C	AROLLI							
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail				
ROBERTO GRANGE G	ASPARELLI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
LESAO DO MENISCO JOE LESAO DO MENISCO JOE								
LEO/10 DO MENIOCO TOL	ENO EGGGENEO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		erial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Euncionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	0 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET		I I 1		_ 1	,		
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,			111/11		
2- 00 78898676	DISPOSITIVO DE REPARAC	AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	3		_ 3	,		
80044680449	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
3-				_ _ _ , _	_	_ ,		
			_ _ _ _		_ _			
4-				_	_	,		
			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _			
5- _				_ _ _ _ _ ,	_	_ ,		
				_ _ _ _ _	_ _			
6- _ _ _ _ _ _ _ _ _				_	_	,		
					_l_l			
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/03/2023 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA								
, ,	·							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
			H					