

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92199462

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Númor	ro da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269	- Numer	o da Guia Ali	іриіцо реіа Орега	iuora		9219	9462				
4 - Data da Autorização	- 11	5 - Senha		6 - Data de Valid							
14/08/2023 1	7:29		92199462		13/10/202	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 0050000006342364			† †	lidade da Carteira		- Atendimento	de RN				
										1	
50 - Nome Social											
10 - Nome											
ANDREIA MASSAKO	ITO										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ontratado ORTOPEDIA ES	SDECIAL IZAD	A I TDA					•
14 - Nome do Profissional S	Colicitante		ONIONIE	KIOFEDIA E		selho Profissi	nal I	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
GUILHERME JOSE N			SANA		06	1			TISCITIO	41	225270
Dados do Hospital / Loca	l Solicita	ado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora /	CNPJ	20 -	Nome do Hospita	al / Local Solicitado)			1.	21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	TDA			28/08/2	023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - T	Γipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OPN	ИЕ 27 - F	Previsão de i	uso de Quimioterápico
1		С		1]1			S			N
28 - Indicação Clínica ruptura do menisco jelho	esquero	do									
29 - CID 10 Principal (opcio	nal)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CI	D 10(4) (opcion	nal)	33 - Indicação de Ad	,	cidente ou d	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	Assisten	ciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Código		edimento	36 - Descrição	L CUTURA DE	UM MENUOCO	PROCERI	MENTO	VIDEO A DEDO		- Qtde. Soli	_
1- 22 30733065 2- 22 30733030) VIDEOARTRO: - PROCEDIMEN			1
3- 98 08011081				SCOPIA DE JO				. KOOLDIME!	1		1
4- 18 60024151			ALUGUELT	AXA DE APARI	ELHO / EQUIP	AMENTO P	ARA AF	RTROSCOPIA P	AR 1		1
5-	- - - -										
Dados da autorização 39 - Data provável da Admi	eeão bo-	enitalor 40	- Qtde Diárias Aut	torizadas II.44	Tipo do Asses -	ação outoriza					
			1	1	- Tipo de Acomod	ação autorizad	la				
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									44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/08/2023 / Empresa / Titular: ANDREIA MASSAKO ITO 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 atribuído pela Operadora					
343269		92199462		92199462	14/08/2023 17:29		92199462				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000006342364											
8 - Nome		_									
ANDREIA MASSAKO ITO)										
Dados do Profissional Solicita											
9 - Nome do profissional solicitar			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
GUILHERME JOSE MIYA	SAKI PIOVESANA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnicaruptura do menisco jelho esqu	ierdo										
ruptura do menisco jelho esqu											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Ma	terial 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Otde, Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do mater	ial no fabricante	23 - Nº Autorização	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento						
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	,				
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL								
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 2		_ _ , _	_ 1	,				
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	TDA _ _ _	_ _ _ _						
3- _				_ _	_	_	_ _ , _				
			-	_	_ _ _ _	_					
⁴⁻					_	_	_ _ , _				
5-	·! 	IIIIII				 _	_ _ , _				
		111111				_	1				
6-		11111					_ ,				
	 		_ _ _			_,,, _					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa		(20)(20)									
Telefone Contratado: (43)337	/2-0900 / Emitido em 14/	08/2023 / Empresa / Titular: /	ANDREIA MASSAKO ITO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						