

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91940946

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atr	ribuído pela Opera	adora							
343269			,			91940	946				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid]					
21/07/2023 09:53			91940946		19/09/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
005000000373695	7		11	8/2025		N	ue itiv				
50 - Nome Social											
SU - NOTITE SUCIAL											
10 - Nome											
DALVA GOMES B	ACCO										
Dados do Contratado		e	1								
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-0			13 - Nome do C	contratado ORTOPEDIA ES	SDECIAL IZAD	A I TDA					
14 - Nome do Profission		nto	UNIORTEC	OKTOPEDIA EX			nol 1	16 - Número do Co	ncolho	17 - UF	18 - Código CBO
ROBERTO GRAN					15 - Conselho Profissional 06			32428		41	225270
Dados do Hospital / L			da Internação								
19 - Código na Operado				al / Local Solicitado	<u> </u>				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0	4	UN	NIORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	DA			29/07/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendime	nto 23	- Tipo de Interna	ação 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diária:	Solicitadas	26 - Prev	revisão de uso de OPME 27 - F		Previsão de uso de Quimioterápico	
1		С		1	1			S			N
28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO	NAEDIAI	1051110.50	OUEDDO								
29 - CID 10 Principal (or	ocional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CIE	10(4) (opciona	al) 3	33 - Indicação de A		cidente ou c 9	oença relacionada)
Procedimentos ou Iter			ados								
34 - Tabela 35 - Cóo 1- 22 30733		ocedimento	36 - Descrição	U SUTURA DE	LIM MENISCO	BBOCEDIA	4ENTO	VIDEOARTRO		- Qtde. Soli	
2- 22 307330				IDROPLASTIA							1 1
3- 98 080110				OSCOPIA DE JO		•			1		1
4- 18 600003	384		DIARIA DE	ACOMPANHAN	ITE COM REFE	ICAO COMI	PLETA		1		1
5- 18 60024			ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	MENTO PA	RA AF	RTROSCOPIA P	AR 1		1
6- 7-	_ 	- -							 	-lll 	
8-	 _										 _
9- _	_ _ _								_	_	_
10-	_ _ _									-	
11-	_ _ _	_							-	-	
12-		-								-	
Dados da autorização 39 - Data provável da A		ospitalar 40	- Qtde Diárias Au	torizadas 141	- Tipo de Acomoda	oão autorizada	\neg				
39 - Data provaver da A	umssao m	ospitalai 40	1	1	- Tipo de Acomoda	çao autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CP 6528104								44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/07/2023 / Empresa / Titular: VILSON GONCALVES BACCO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
a a a cononação		'' /\33				_ 5					pois natorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 "	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Op					
343269	91940946			91940946		9194094					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000003736957											
8 - Nome											
DALVA GOMES BACCO											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	1 - E-mail						
ROBERTO GRANGE G	ASPARELLI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica LESAO DO MENISCO MED LESAO DO MENISCO MED											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valo	or Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045		22 - Referência do mater MINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
80777280006	LAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_ 1 _	_ ,				
2-	11111	ARTIMOM COMERC	SIO DE IIIII EARTEOORTOI EDIOGOETDA								
-							-11',11				
3-	 _ _ _ _					 _	_ ,				
		_ _ _ _ _				_ _					
4-				_ _ _	_	_	_ ,				
					_ _ _ _	_ _					
5-					_ _ _ _ _ ,	_!	_ ,				
			-		_ _ _ _	_					
6- _ _ _ 	 					_	_ ,				
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/07/2023 / Empresa / Titular: VILSON GONCALVES BACCO											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						