

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95118863

(Via HOSPITAL)

| | ļ | | | | - | | | |
|---|----------------------|---|---------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 3 - Número da Gu | ia Atribuído pela Op | peradora | | 95118863 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senh | | 6 - Data de Valida | | | 1 | | | |
| 14/05/2024 15:00 | 951188 | 63 | 13/07/2024 | | | | | |
| Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira | 8 | Validade da Carteira | 9 - | Atendimento de RN | <u> </u> | | | |
| 0050000059165238 | 11 | 0/11/2024 | | N | | | | |
| 50 - Nome Social | ' | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 10 - Nome NICOLAS KAIKI MUSSI DA SILVA | 1 | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | 10.00 | _ | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | 11 | o Contratado E ORTOPEDIA ES | PECIALIZAD <i>A</i> | LTDA | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante | | | | elho Profissional | 16 - Número do C | onselho 17 - UF | 18 - Código CBO | |
| GUILHERME JOSE MIYASAKI PIO | 06 | | 30165 | 41 | 225270 | | | |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Da | | | - | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 | 1 | spital / Local Solicitado RTOPEDIA ESPEC | דו אחאקוואוי | DΛ | | 21 - Data sugerida 28/05/2024 00: | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | |
| 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Ir | | egime de Internação | 25 - Qtde. Diárias | | Previsão de uso de OP | <u> </u> | uso de Quimioterápico | |
| 1 C | | 1 | 3 | | S | | N N | |
| 28 - Indicação Clínica | | <u> </u> | | | | | | |
| RUPTURA LCA | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | • | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) | | onal) 32 - CID | 10(4) (opcional) | 33 - Indicação de A | cidente (acidente ou | doença relacionada) | | |
| Durandinanta autom Andriata di Co | 11 - 14 1 | | | | | 9 | | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais So 34 - Tabela 35 - Código do Procediment | | cão | | | | 37 - Qtde. So | lic. 38 - Qtde. Aut. | |
| 1- 22 30733022 | | TOMIA PARCIAL (| OU SUBTOTAL | PROCEDIME | NTO VIDEOARTI | | 1 | |
| 2- 22 30733073 | | TRUCAO, RETENC | | | | | 1 | |
| 3- 22 30731216 4- 98 08011046 | _ | OSICAO DE MAIS I AMENTOPLASTIA (| _ | | CIRURGICO | 1 1 | 1 | |
| 5- 18 60000805 | | E QUARTO COLE | | | HEIRO PRIVATIV | | 1 | |
| 6- 18 60024151 | ALUGUE | LTAXA DE APARE | LHO / EQUIPA | MENTO PARA | ARTROSCOPIA I | PAR 1 | 1 | |
| 7- _ | | | | | | _ | | |
| 8- | | | | | | _ _ _ | | |
| 9- | _ | | | | | | | |
| 11- | _! _ | | | | | | _ | |
| 12- | | | | | | | | |
| Dados da autorização | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias | - 11 | Tipo de Acomoda | ão autorizada | | | | |
| | 3 | 1 | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 | 11 | o Hospital / Local Autor | | LTDA | | | 44 - Código CNES 6528104 | |
| 45 - Observação / Justificativa | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/05/2024 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Ser | | Senha | | 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operado | | | | |
|---|---|------------------------|-----------------------------------|---|---|---|-----------|--|--|
| 343269 | g | 95118863 | | 95118863 | 14/05/2024 15:00 | 951 | 118863 | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | 29 - Nome Socia | al | | | | | | | |
| 0050000059165238 | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | |
| NICOLAS KAIKI MUSS | I DA SILVA | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solid | itante | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solici | tante | | 10 - Telefone | 11 | 1 - E-mail | | | | |
| GUILHERME JOSE MI | ASAKI PIOVESANA | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica | | | | | | | | | |
| RUPTURA LCA RUPTURA LCA | | | | | | | | | |
| I KOI TOKA LOA | | | | | | | 1 | | |
| | | | | | | | İ | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate | | encia do material no f | fahricante | 16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização | | citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Au | utorizado | | |
| 1- 72215755 | | | A REABSORVIVEIS BIOMET - 905629 - | I I 1 | | _ 1 | | | |
| 80044680085 | | | DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | | |
| 2- 00162477 | | | MC F 2,9X5,5MM 891710000 | 1 | | _ 1 | | | |
| 80356130052 | | | DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | | |
| 3- 00 72320915 | DISPOSITIVO DE I | FIXACAO DE LIG | GAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - | 1 | | _ 1 | | | |
| 80044680067 | ARTHRO | M COMERCIO DI | DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | | |
| 4- _ | | | | | _ _ _ , | _ | _ | | |
| | | _ _ _ _ | | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ | | | |
| 5- _ | _ _ _ | | | | _ | _ | _ | | |
| | | _ _ _ _ | | _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ | | | |
| 6- _ | _ _ _ | | | | _ _ _ , | _ | _ | | |
| | | _ _ _ _ | | | _ _ _ _ | _ _ | | | |
| 24 - Especificação do Materia | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/05/2024 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado. (43)3 | 372-09007 Emiliao em 14/03/20247 Empre | sa / Titulai. LLL V | ADORES ATEAS SCHINDLER ETDA | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | - | | |
| | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitan | nte | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | | | |
| | | | | | | | | | |