

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91659133

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gu	ia Atribuído p	oela Operad	dora			9165	9133						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 26/06/2023 18:15			6 - Data de Validade da											
26/06/2023 18:15 91659133 11/09/2023 Dados do Beneficiário 11/09/2023														
7 - Número da Carteira			8 - Vali	dade da Carteira		9 - A	tendimento	de RN						
8650001329954096	31/05	/2023			N									
50 - Nome Social														
10 - Nome MATHEUS DA SILVA ORLANDI														
Dados do Contratado Solicitante														
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA														
14 - Nome do Profissional GUILHERME JOSE	OVESANA	ANA			15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselho 30165		17 - UF	18 - Código (225270	СВО		
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / Da	ados da Inte	rnação										JI	
19 - Código na Operadora		20 - Nome	do Hospital	I / Local Solicitado							1	-	para Internação)
10.246.214/0001-04		<u> </u>	IORT E ORTOPEDIA ESPECIALI			LIZADA LTDA			01/			1/07/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento 1	11 ' '		24 - Regime	25 - Qtde. D	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 -			Previsão de uso de OPME S		ИE 27	27 - Previsão de uso de Quimioterápio		erápico	
29 - CID 10 Principal (opci	onal) 30 - CIC	0 10(2) (opcic	onal) 31	- CID 10(3) (opci	ional) 32	- CID 10	0(4) (opcior	nal)	33 - Ir	ndicação de A	cidente ((acidente ou 9	doença relacior	nada)
Procedimentos ou Itens	Assistenciais So	olicitados												
1- 22 3073303 2- 22 3073121 4- 18 6000055 5- 18 6002415 6-	3 6 4	COI REC TRA DIA	CONSTRU ANSPOSIO RIA DE A JGUELTA	ASTIA (COM R JCAO, RETEN CAO DE MAIS APARTAMENT .XA DE APARE	CIONAMEN DE 1 TENI O SIMPLE: ELHO / EQI	NTO O DAO - S UIPAM	U REFOI	RCO D IENTO ARA A	O LIG	GAMENTO (JRGICO OSCOPIA F	NTO 1 CR 1 1	1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	l l l l l l
Dados da autorização														
39 - Data provável da Admissão hospitalar do - Qtde Diárias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12														
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA							44 - Código C 6528104	NES			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL														

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS 3 - No	úmero da Guia Referen	ciada 91659133	4 - Senha	5 - Data da Autorização 26/06/2023 18:15	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91659133		
		31003100		91659133	20/00/2020 10:10		31003100
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8650001329954096		25 Nome Occar					
8 - Nome							
MATHEUS DA SILVA ORLA	NDI						
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIYASA	KI PIOVESANA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO LCA + CONDROF RUPTURA DO LCA CONDROP, AUTORIZADO CONFORME UNI	ATIA JOELHO ESQU						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Materia	al 15 -	Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 1- 00 00590045		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
80777280006	LAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ ,
2- 00 00597007	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1	_ ,
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		— ·	1-1-1-1-1/1-1-1
3- 00 72320907	DIS	POSITIVO DE FIXACAO Γ	DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ ,
80044680067		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- _					_	_	_ _ , _
_ _ _ _	_			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
5-	_ _ _				_	_ _	_ _ , _
			_		_ _ _ _	_ _	
⁰⁻ 	 					_l	,
24 - Especificação do Material	<u> </u>					— —	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0	900 / Emitido em 26/	06/2023 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: CENTRAL NACION	AL UNIMED COOPERATIVA CEI	NTRAL	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		