

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92705246

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núm	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		0270	05246				
		5 - Senha		6 - Data de Valid	tada da Sanha	7	75240				
4 - Data da Autorização 29/09/2023 17:21		11		6 - Data de Valid	6 - Data de Validade da Senha <b>28/11/20</b> 2						
Dados do Beneficiário	)										
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	6	- Atendiment					
005000003175740	8		31/07	7/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome WILSON DE OLIV	EIRA SII	LVA									
Dados do Contratado		te									
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-0			13 - Nome do C UNIORT E O	ontratado ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profission					15 - Coi	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734			onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / L			da Internação								
19 - Código na Operado			-	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0		UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L				09/10/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendime	nto   23	- Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	ne de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPN <b>S</b>	ИЕ    27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico  N
28 - Indicação Clínica LESÃO OSTEOCONI	DRAL ME	ENISCAL JOE	LHO DIREITO								
29 - CID 10 Principal (o	ocional)	30 - CID 10(2	(opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CI	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loenca relacionada)
, (-	,		, (0, 0.0)	(-) (-)	, , , , , ,	( -) ( -	,			9	
Procedimentos ou Ite											
34 - Tabela     35 - Có       1- 22     30733       2- 22     30733       3- 18     60000       4- 18     60024	057 049 805	ocedimento	MENISCECT OSTEOCON DIARIA DE	TOMIA - UM ME IDROPLASTIA QUARTO COL	- ESTABILIZA ETIVO DE 2 LI	CAO, RESS EITOS COM	SECCA I BANH	OARTROSCOPI O E/OU PLASTIA IEIRO PRIVATIV IRTROSCOPIA P	CO 1 A# 1 O 1	- Qtde. Soil	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5-									_		
Dados da autorização		oonitolor   40	Otdo Diórico Aust	torizodos 144	Tipo do Assers	noão outoris-	40 ]				
39 - Data provável da A	amissão h 	ospitalar    40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomod	açao autorizad	a				
42 - Código na Operado 10.246.214/0001-0		J autorizado	•	ospital / Local Auto		A LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/09/2023 / Empresa / Titular: SONOCO DO BRASIL LTDA											
46 - Data da Solicitação	1	47 - Assina	itura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	ou Respo	onsável   49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	nciada <b>92705246</b>	4 - Senha	5 - Data da Autorização 29/09/2023 17:21	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 7:21 92705246					
Dados do Beneficiário		32703240		92705246	23/03/2023 17:21		32703240			
7 - Número da Carteira	1	29 - Nome Social								
0050000031757408										
8 - Nome		<b> </b>								
WILSON DE OLIVEIRA SILVA										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail										
MARCUS VINICIUS DANIELI										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica LESÃO OSTEOCONDRAL LESÃO OSTEOCONDRAL										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	Also 61 Associa	16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00590045</b>		22 - Referência do mater MINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização	l I I I I I	_  1	,			
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ı ·	'			
2-					_	_	_ ,			
3-	_ _ _				_	_	,			
	 	I				 				
	_    _ _ _ _ _				_	_	1-1-1-1/1-1-1			
5-					_	_	_ _ , _			
	_ _ _				_ _ _ _					
6-	_ _ _				_	_	_ _ , _			
24 - Especificação do Material		IIIIIII		1-1-1-1-1-1		<b>!!</b>				
25 - Observação / Justificativa		/00/2022 / Empress / Titule	CONICCO DO DDACII I TDA							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/09/2023 / Empresa / Titular: SONOCO DO BRASIL LTDA										
OC. Data da Caliaita a 7	OZ. Assisstant I. B.	oficeinal Calinitants		loo Assingt to the	Decree for a sele Autories . ~					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	uiissionai soiicitante		∐ ∠ŏ - Assinatura do	o Responsável pela Autorização					