

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93050244

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela	a Operadora								
343269					9305	0244					
4 - Data da Autorização 01/11/2023 18	5 - Senha	9305	6 - Data de	Validade da Sen 31/12/	i						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
			25/04/2024		N						
50 - Nome Social											
10 - Nome GLAUCO GONCALVES GAMEIRO											
Dados do Contratado Solid	itante										
12 - Código na Operadora		11	ne do Contratado								
10.246.214/0001-04		UNIOR	RT E ORTOPEDIA								
14 - Nome do Profissional So MARCUS VINICIUS DA		15 - Conselho Profissio  06		16 - Número do 0	Conselho   17 - UF   18 - Código CBO   225270						
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	os da Interna	ação								
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 21 - Data sugerida para Internação 27/11/2023 00:00											
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	nação 24	- Regime de Internaçã	io 25 - Qtde.	Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de O	PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico				
1	С		1		1	s	N				
28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA MENISC	O MEDIAL E LA	TERAL CO		SOLIERDO							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (d		0(2) (opcional	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação		Acidente (acidente ou doença relacionada)  9				
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados									
34 - Tabela         35 - Código o           1- 22         30733065           2- 22         30733073           3- 22         30731216           4- 18         60000805           5- 18         60024151           6-	lo Procedimento	RECO TRANS DIARIA ALUG	RO OU SUTURA INSTRUCAO, RE ISPOSICAO DE M A DE QUARTO ( IUELTAXA DE AF	TENCIONAME IAIS DE 1 TEN COLETIVO DE PARELHO / EC	ENTO OU REFOR		O CR 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
39 - Data provavel da Admis	sao nospitalar   4	ı∪ - Qtde Diái	rias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de Ac	omodação autorizad	ia					
1 11			- Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código C								
10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   6528104     45 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/11/2023 / Empresa / Titular: KIPER INOVACAO TECNOLOGICA LTDA											
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do Pi	rofissional Solicitante	1 48 - Assinati	ra do Beneficiário o	u Responsável 49 - As	ssinatura do Responsável pela Autorização				



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269	930502	14	93050244	01/11/2023 18:16	93050244						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social										
0050000039911864											
8 - Nome											
GLAUCO GONCALVES GAMEIRO											
Dados do Profissional Solici	ante										
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	- E-mail							
MARCUS VINICIUS DAI	lieli										
Dados da cirurgia											
	D MEDIAL E LATERAL + CONDRAL JOELHO ES MEDIAL E LATERAL CONDRAL JOELHO ESQU										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M			16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado								
21 - Registro ANVISA do Mate		naterial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento							
1- 00 00499293 80356130052		ACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>	_ _ _ ,	_  1						
2- 00 72320907		O DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			1						
80044680067		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_  '						
3- <b>00 00597007</b>		ICIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1 1 1 1 1 1 1						
80044680085		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 								
4-   _   _   _   _   _   _   _   _   _				_							
6-	-             -	-		_ _ _ _  _							
	- <del>     </del>										
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	:72-0900 / Emitido em 01/11/2023 / Empresa / Titu	ar: KIPER INOVACAO TECNOLOGICA LTDA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							