

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95305842

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - I | Número da Guia | Atribuído p | ela Operad | lora | | | | | | | | |
|---|-------------------|-------------|-----------------------------------|--|--------------------------|---|---------------------------------------|-------------|------------------|---|------------------------------------|-----------------------|
| 343269 | | | · · | | | | 95305 | 842 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 31/05/2024 08:08 5 - Senha 953058 | | | 305842 | 6 - Data de V | | Senha 07/2024 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN | | | | | | | | | | | | |
| 0050000001661089 29/06/2026 50 - Nome Social | | | | | | | N | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome NEUSA TREVIZAN | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | | | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 | ligitanto | UNIC | JK I E UI | RIOPEDIA | ESPECIA | | | 201 111 | 6 - Número do C | `ancalha | 17 - UF | 18 - Código CBO |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO | | | | | | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28806 | | | | onseino | 41 | 225270 |
| Dados do Hospital / Local S | | | - | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14/06/2024 00:00 | | | | | | | | | • | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento | 23 - Tipo de Inte | rnação 2 | 24 - Regime | e de Internação | 25 - Q | tde. Diárias | Solicitadas | 26 - Previs | são de uso de OF | PME 27 - | Previsão de | uso de Quimioterápico |
| 28 - Indicação Clínica | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (o | | | cional) 31 - CID 10(3) (opcional) | | | 32 - CID | 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indica | | | cação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 | | |
| Procedimentos ou Itens As | sistenciais Solid | citados | | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Au 1- 22 30731224 TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO 1 1 2- 22 30731089 TENODESE 1 1 3- 22 30731127 TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES 1 1 | | | | | | | | 1 | | | | |
| 4- 18 60000805 5- | | | | SOANTO GO | | | | | | /O 1 | | |
| Dados da autorização | ~ | 40. 0: : - | | | 44 = | | ~ | 7 | | | | |
| 39 - Data provável da Admiss | ão hospitalar 4 | 40 - Qtde D | Diárias Auto 1 | 11 | 41 - Tipo de 1 | Acomodaç | ão autorizada | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | | | | cocal Autorizado IDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | | | | | 44 - Código CNES 6528104 | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/05/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA ASSEMUR 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | | | |



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Referen | ciada | 4 - Senha | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | | | | |
|--|----------------------------|-------------------------|---|-------------------------|---|------------------------------|--------------------------------|--|--|
| 343269 | | 95305842 | | 95305842 | 31/05/2024 08:08 | | 95305842 | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | | |
| 0050000001661089 | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | |
| NEUSA TREVIZAN | | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solid | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solic | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | | | |
| RAFAEL MAURICIO BI | ELETATO | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica TROCA DE SOLICITANTE TROCA DE PRESTADOR | ΓENODESE | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do l | | Descrição | | | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | citado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado | | |
| 21 - Registro ANVISA do Mate | | 22 - Referência do mate | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | | | |
| 1- 00 78891353 | SUT | | HADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX, | 1 | | _ 1 | _ _ , _ | | |
| 80083650084 | | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | | |
| 2- | _ _ _ | | | | _ | _ | _ , | | |
| | _ _ _ | - | - | | | | | | |
| | | | | | | | י | | |
| 4- | | | | 1 1 1 1 | | | _ _ , _ | | |
| | | | | | | _, _ _ | | | |
| 5- _ | | | | | _ | _ | _ _ , _ | | |
| | | | _ | | | _ _ | | | |
| 6- _ | | | | | | | , | | |
| | | | | | | | | | |
| 24 - Especificação do Materia | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/05/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA ASSEMUR | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | o Responsável pela Autorização | | | | |
| | | | | | | | | | |