

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90211841

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Gu	ia Atribuído	nela Onera	adora								
343269	Trainere da Ca	ia / tiriburao	pola Opolo				90211	841				
4 - Data da Autorização 16/02/2023 15	5 - Senh		0211841	6 - Data de Val		enha 05/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0970000125899240 8 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome LUCELIA PATEIS DE FRANCA												
Dados do Contratado Solicitante												
10.246.214/0001-04	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
1 1 1 1								18 - Código CBO				
BRUNO BOSIO DA SI Dados do Hospital / Local		ndos do Int	tornação			06		[3	32301		41	225270
19 - Código na Operadora /			,	al / Local Solicitad	do					21 - Data	a sugerida p	para Internação
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPE				CIALIZADA LTDA				04/03/2023 00:00				
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Qto	de. Diárias :	Solicitadas	26 - Previ	isão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUIT	O ROTADOR											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opc			ional) 3	onal) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou 9			doença relacionada)
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código			Danada a							27	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5-		AC RU DI	IPTURA DE UGUELT	LASTIA - PRO DO MANGUITO QUARTO COI AXA DE APAF	O ROTAD LETIVO D RELHO /	OOR - PR DE 2 LEIT EQUIPAI	OCEDIMENTOS COM E	NTO VII BANHE IRA AR	DEOARTROS(IRO PRIVATIV TROSCOPIA I	O 1 COP 1 O 9	_ _ _	1 1 9 1
8-		_l _l _l _l								_ _ _	_ _ _ _	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
			9	1	•	,						
							44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30735041LE SAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO CONFORME ACEITE DO MEDICO. / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOP ERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47 - /	Assinatura d	do Profissio	nal Solicitante	48 - Assin	atura do B	eneficiário ou	Respons	sável 49 - Ass	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 90211841	4 - Senha	90211841	5 - Data da Autorização 16/02/2023 15:13	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 902118					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0970000125899240											
8 - Nome											
LUCELIA PATEIS DE FRANCA											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail											
BRUNO BOSIO DA SIL	VA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30735041LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO CONFORME ACEITE DO MEDICO.											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate	rial	22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- 00 00162477	CAI		AO AMC F 2,9X5,5MM 891710000	2	_ _ _ ,	_ 2	,				
80356130052			_		_						
2- 00 00241202	TRO	OCATER ARTROSCOPICO	O 8,25X90MM PARTRO009	2	,	_ 2	_ ,				
80371250020			_								
3- 00 00608459	POI	NTEIRA DE RF 90GRAUS	ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM III	IA _ 1	,	_ 1	_ _ , _				
80082910131			_	_ _ _ _							
4- 00 00619817	EQI	JIPO DE IRRIGACAO TIP	O PERFURADOR VOLMED 2VIAS AEQU 05	i _ 1	,	_ 1	_ ,				
81130100013			_								
5- 00 00596221	GUI	A FLEXIVEL PASSADOR	SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226	6M 1	,	_ 1	_ ,				
80743230002			_								
6- 00 78890578	ANG	CORA FLEXIVEL COM AF	PLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 -	A _ 3	,	_ 3	_ ,				
80083650087											
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30735041LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO CONFORME ACEITE DO MEDICO. / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização						