

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93203409

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 1 3 - 1	Número da Guia	Atribuído _I	pela Operad	dora			93203	409				
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de Valid	lade da Se	enha						
17/11/2023 09:56 93203409 16/01/2024												
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000014144665 31/05/2024							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome FERNANDO BERTOLINO GARCIA												
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											
14 - Nome do Profissional Sol	icitante				1	5 - Conse	lho Profission	al 16	- Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIV)6		17	7905		41	225270
Dados do Hospital / Local S			-	I / Local Solicitado						21 - Data	sugarida r	ara Internação
10.246.214/0001-04	19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ)A			11	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação	25 - Qtd	e. Diárias S	Solicitadas 2	26 - Previsa	ão de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С			1		3			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9												
3- 18 60000805 4-		DIA		QUARTO COL						/O 3		3
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde I	Diárias Auto	orizadas 41 -	- Tipo de A	comodaçã	ão autorizada	7				
			3	1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código 0 6528104								44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/11/2023 / Empresa / Titular: FERNANDO BERTOLINO GARCIA 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 Refer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd			
343269		93203409		93203409	17/11/2023 09:56		93203409		
Dados do Beneficiário		1							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000014144665									
8 - Nome FERNANDO BERTOLII	NO GARCIA								
Dados do Profissional Solic									
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIV			1						
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica									
DOR + DEFORMIDADE EN		SEM MELHORA COM TRAT C							
DOR DEFORMIDADE EM	JOELHO ESQUERDO S	SEM MELHORA COM TRAT CL	LINICO ARTROSE						
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		5 - Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento				
1- 00 72397950			TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARI			_ 2	,		
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	·		•			
2- 00 73990930	С	OMPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-0	1 _ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _		
80044680277 ARTHROM COMERCIO I			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
3- 00 74906119	С		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01			_ 1	_ ,		
80044680276			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 00 74902318 80044680272	ır		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00- CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1	,		
5-		AKTHKOW COWER	CIO DE IMPLANTESONTOPEDICOSETDA	·		_	,		
	!!!! 					_l	-		
6-		IIIIIII				 	_ _ , _		
						_,			
24 - Especificação do Materia									
, ,									
25 - Observação / Justificativa		T/44/0000 / E							
l eletone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 1	7/11/2023 / Empresa / Titular:	FERNANDO BERTOLINO GARCIA						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do	Profissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização	<u> </u>			