

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93760635

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93760635						60635				
4 - Data da Autorização 16/01/2024 17:17	5 - Senha	93760635	6 - Data de Valid	dade da Senha 18/03/20	4					
Dados do Beneficiário	'									
7 - Número da Carteira		8 - Val	lidade da Carteira		9 - Atendiment	o de RN				
1470000001975101					N	l				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
WENDEL LUIZ BATISTA										
Dados do Contratado Solicitan	te									
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Co	ontratado							
10.246.214/0001-04			RTOPEDIA ES	SPECIALIZA	DA LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicita	ento					ional	16 - Número do C	oncolho	17 - UF	18 - Código CBO
DANIEL FERREIRA FERN		DΛ		11	15 - Conselho Profissional 16 - Número 19475			onsemo	41	225270
							19473		4'	223210
Dados do Hospital / Local Solid										
19 - Código na Operadora / CNP	11		al / Local Solicitado					11		ara Internação
10.246.214/0001-04	UN	IORTEORIC	PEDIA ESPE	CIALIZADA	IDA			21/01/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 23	- Tipo de Interna	ão 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diá	as Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С		1		2		S			N
29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2)	(opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - (ID 10(4) (opcic	onal)	33 - Indicação de A	Acidente (ad	cidente ou c 9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicita	dos				,				
34 - Tabela 35 - Código do Pr		36 - Descrição						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30735033		ACROMIOPL	LASTIA - PRO	CEDIMENTO	/IDEOARTR	osco	PICO DE OMBR	0 1		1
2- 22 30735068		RUPTURA D	O MANGUITO	ROTADOR -	PROCEDIM	ENTO \	/IDEOARTROS	COP 1		1
3- 22 30735084		RESSECCA	O LATERAL D	A CLAVICUL	A - PROCED	IMENT	O VIDEOARTRO	OSC 1		1
4- 18 60000805		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2	EITOS CON	I BANH	IEIRO PRIVATIV	/0 2		2
5- 18 60024151		ALUGUELTA	AXA DE APAR	ELHO / EQUI	PAMENTO P	PARA A	RTROSCOPIA	PAR 1		1
6-										
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissão h	nospitalar 40 -	Qtde Diárias Auto	orizadas 41 1	- Tipo de Acomo	dação autoriza	da				
42 - Código na Operadora / CNP 10.246.214/0001-04	J autorizado		ospital / Local Auto		DA LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM- (1X) EQUIPO 4 VIAS - TRATA-SE DE MATERIAL D E CONSUMO HOSPITALAR, PAGO AO PRESTADOR EM CONTA HOSPITALAR. / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO										
46 - Data da Solicitação	47 - Assina	tura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura	o Beneficiário	ou Respo	onsável 49 - Ass	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização





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

						5 - Data da Autorização				
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha				6 - Número da Guia at	- Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	93760635			937606		16/01/2024 17:17	93760638			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
1470000001975101										
8 - Nome										
WENDEL LUIZ BATISTA										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone					1	1 - E-mail				
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇAO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇAO CLÍNICA EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM- (1X) EQUIPO 4 VIAS - TRATA-SE DE MATERIAL DE CONSUMO HOSPITALAR, PAGO AO PRESTADOR EM CONTA HOSPITALAR.										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	tado 19 - Qtde. Autoriz	ada 20 - Valor Unitário Autorizado		
-	egistro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fal				23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00611387 80356130057				_ -	_ 1		_ 1	,		
2- 00 71502718					_ _ 3	!!!!!!!	_ 3			
80044680086					_ 3		-I 3			
	00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000			1	_ _ _ _ 2		2			
80356130052	• •			SLTDA '-	_, 		-1 -	11117111		
4- 00 00116700				0 200			1	11111111		
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA	 		-			
5- 00 75788993	CAN	IULA PARA ARTROSCOF	PIA SETORMED - 165 11 70 85 CA	NULA CO	_ 1		<u> </u>	,		
80777280101		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA	· 					
6- _				l_	_ _ _	_ _ _ , _	_	,		
							<u> </u>			
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM- (1X) EQUIPO 4 VIAS - TRATA-SE DE MATERIAL DE CONSUMO HOSPITALAR, PAGO AO PRESTADOR EM CONTA HOS PITALAR. / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro		E TRADALTO MEDICO		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				
	II.									