

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92//2812

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Ope	radora							
1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 927726						812				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	00770040	6 - Data de Valid							
06/10/2023 09 Dados do Beneficiário	:40	92772812		05/12/2023						
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN										
0050000032359830		01/0	02/2024		N					
50 - Nome Social							1			
10 - Nome	I IVEID A									
JULIANA CRISTINA O Dados do Contratado Solid										
12 - Código na Operadora	onante .	13 - Nome do	Contratado							
10.246.214/0001-04		UNIORT E	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional Sc				15 - Cons	elho Profission	11	Número do Con	selho	17 - UF	18 - Código CBO
JOAO PAULO FERNA				06		286	28617			225270
Dados do Hospital / Local		,					15.			
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	- 11	·	ital / Local Solicitado OPEDIA ESPE		DA		11	21 - Data s 12/10/20	-	ara Internação O
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte		me de Internação	25 - Qtde. Diárias		26 - Previsão	o de uso de OPM			uso de Quimioterápico
1	С		1	1			S			N
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM				1						
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opciona	al) 33 - I	Indicação de Aci	dente (acid		oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As		citados								
34 - Tabela 35 - Código o	lo Procedimento	36 - Descrição		ESTABILIZAC	AO DESSE	-CCAO E/	OLI DI ASTIA		Qtde. Soli	
1- 22 30733049 2- 22 30733014			NDROPLASTIA OMIA TOTAL - I							1 1
2- 22 30733014 SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOEL 1 1 3- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1									1	
4- 18 60024151		ALUGUEL ^T	TAXA DE APAR	ELHO / EQUIPA	MENTO PA	RA ARTR	OSCOPIA PA	NR 1		1
5-								- - - - -		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada										
Data provavor da Admiso	odo noopitalal	1	1	Tipo do Acomeda	guo udionzada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIA					A LTDA				11	44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/10/2023 / Empresa / Titular: PARALELLO REPRESENTACAO COMERCIAL LTDA ME 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 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92772812 4 - 9	Senha	92772812	5 - Data da Autorização 06/10/2023 09:40	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora 92772812		
Dados do Beneficiário	12.1.21.2		0=11=01=					
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000032359830								
8 - Nome								
JULIANA CRISTINA OL	IVEIRA							
Dados do Profissional Solici	ante							
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	- E-mail				
JOAO PAULO FERNAN	DES GUERREIRO							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate			•	de Funcionamento				
1- 00 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SETORI	MED - 001030306 DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1		_ 1	,		
2- 00 00116700		D 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1		1	,		
80743230025		DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		י י	-1 '	I 17		
3-						_ ,		
				_, _	-,	111/111		
4-				_		_ _ , _		
			_ _ _ _	_	_			
5- _		<u> </u>	_	_	_	_ _ , _		
			_ _ _ _	_	_			
6- _ _ _ _ 	-		_ 	_	-l ll -ll	,		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/10/2023 / Empresa / Titular: PARALELLO REPRESENTACAO COMERCIAL LTDA ME								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28	s - Assinatura do	Responsável pela Autorização				