

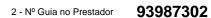
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93987302

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia A	tribuído pela Op	eradora								
343269							9398	7302				
4 - Data da Autorização 06/02/202	1	5 - Senha	9398730	6 - Data de V		Senha /04/2024						
Dados do Beneficiário			3330730	<u>''</u>	03/	04/2024						
7 - Número da Carteira			8 -	Validade da Carte	ira	9 -	Atendimento	de RN				
18300000149534	3						N					
50 - Nome Social												
AO Nama												
10 - Nome DANIEL SILVA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operad	ora		13 - Nome d	Contratado								
10.246.214/0001-0			UNIORT E	ORTOPEDIA	ESPECI	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profission DANIEL FERREIR			FID A			15 - Cons 06	- Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 19475			onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / L				1		00			19473]["']	223210
19 - Código na Operado			-	spital / Local Solicit	ado					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0)4	∥u	NIORT E OF	TOPEDIA ESF	PECIALIZ	ZADA LT	DA			10/02/	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimo	ento 23	- Tipo de Intern	nação 24 - Re	gime de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С		1		2			S			N
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA	A EM ANE	XO										
29 - CID 10 Principal (c	pcional)	30 - CID 10((2) (opcional)	31 - CID 10(3) (c	opcional)	32 - CID	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Ite	ns Assiste	L enciais Solicit	tados			1						
34 - Tabela 35 - Có			36 - Descriç	ão						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30735									TROSCOPICO D			1
2- 22 30735 3- 22 30735									O VIDEOARTRO CO DE OMBRO	OSC 1 1		1
4- 18 60000				E ACOMPANH						1		1
5- 18 60000	554		DIARIA D	E APARTAME	NTO SIM	PLES				2		2
6- 18 60024			ALUGUE	LTAXA DE APA	RELHO	/ EQUIPA	MENTO P	ARA A	RTROSCOPIA I	PAR 1		1
7- _ _ 8- _ _	 	- -								_ -	_	
9- _	 _									- _		
10- _	<u> </u>									İ_	_	_
11-	_ _ _										_	
12-	ll	-								l_	_	
Dados da autorização 39 - Data provável da A		ospitalar 1) - Qtde Diárias	Autorizadas II.	41 - Tipo de	e Acomodac	ão autorizad	a				
Jos - Bala provaver da P	idilli33d0 II	ospitalai 40	2	11	12	. Acomoday	ao autonzau	۵				
42 - Código na Operad	ora / CNPJ	J autorizado	43 - Nome d	D Hospital / Local A	Autorizado							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM EQUIPO 4 VIAS - material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURAO												
46 - Data da Solicitação)	47 - Assi	natura do Profis	sional Solicitante	48 - Ass	inatura do F	Reneficiário o	u Resno	onsável 49 - Ace	inatura do	Resnonsáv	el nela Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93987302		93987302	06/02/2024 10:57	93987302		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
1830000001495343								
8 - Nome								
DANIEL SILVA								
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORMI	NEXO	CQUIPO 4 VIAS - material pag	go em conta hospitalar					
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 71502718	ANG		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J			_ 3 _ ,		
80044680086 2- 00 00499293	041		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
80356130052	CAI		O OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	_ 2		
3- 00 00116700						_ 1 _ ,		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u> </u> 	_		
4- 00 00241202	TRO		0 8,25X90MM PARTRO009			_ 1 _ ,		
80371250020			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>				
5-						_		
6-					_	_		
						_ _		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM EQUIPO 4 VIAS - material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURAO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			