

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92333755

(Via HOSPITAL)

1 11	Atribuído pela Operadora						
343269			3755				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 25/08/2023 16:22	92333755 6 - Data de \	/alidade da Senha 24/10/2023					
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Cart	†	de RN				
0050000061695222	01/10/2024	N					
50 - Nome Social							
10 - Nome FERNANDO FRANCISCO FORNAZIERI							
Dados do Contratado Solicitante							
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado						
10.246.214/0001-04	UNIORT E ORTOPEDIA	SESPECIALIZADA LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIR	eoz	15 - Conselho Profissio	onal 16 - Número do Col 17905	nselho 17 - UF 18 - Código CBO 41 225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dad	los da Internação						
1 1	20 - Nome do Hospital / Local Solic			21 - Data sugerida para Internação			
10.246.214/0001-04	UNIORT E ORTOPEDIA ES	PECIALIZADA LTDA		31/08/2023 00:00			
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte	ernação 24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPM	E 27 - Previsão de uso de Quimioterápico			
28 - Indicação Clínica							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 1	10(2) (opcional) 31 - CID 10(3)	(opcional) 32 - CID 10(4) (opcion	nal) 33 - Indicação de Ac	idente (acidente ou doença relacionada)			
				9			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solid				07. 041. 041. 00. 041. 4.4			
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30733065	•	DE UM MENISCO - PROCEDI	MENTO VIDEOARTROS	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. SC 2 2			
2- 22 30733073		ENCIONAMENTO OU REFO					
3- 22 30731216		AIS DE 1 TENDAO - TRATAN		1 1			
4- 18		OLETIVO DE 2 LEITOS COM ARELHO / EQUIPAMENTO P					
6-		AKELITO / EQUIPAMENTO F	ANA ANTINOSCOPIA PA				
7-							
8-							
9-	<u> </u>						
10-	·I ————————————————————————————————————						
12-							
Dados da autorização							
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizad	а				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local	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 25/08/2023 / Empresa / Titular: CAMPEA ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA 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 Referen	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		92333755		92333755	25/08/2023 16:22	92333		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000061695222								
8 - Nome								
FERNANDO FRANCIS	CO FORNAZIERI							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	I - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia				, <u> </u>				
12 - Justificativa técnica								
INDICAÇAO CLINICA EM A	ANEXO							
INDIOAÇÃO CLINICA LIVI	NIVERO							
OPME Solicitadas		-						
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriz		
1- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SET				_ 2 _ _ ,		
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>-</u>				
2- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_ 3		_ 3 _ _ , _		
80044680449			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 00 70627657	PL#	ACA ENDOBOTTON PARA	A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA			_ 1		
10208610040		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _				
4- 00 00597007	PAF	RAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	<u> 1</u>	_ _ _ ,	_ 1		
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5-	_ _ _				_ _ _ , _	_		
	_ _ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _		
6- _	_ _ _				_	_		
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _		
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/08/2023 / Empresa / Titular: CAMPEA ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			
	[]							