

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91381451

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91381451 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 30/05/2023 17:07 91381451 29/07/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000004672340 29/01/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **RAFAEL FERREIRA DA SILVA** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **MARCUS VINICIUS DANIELI** 225270 06 18734 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 10/06/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C s Ν 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 90573417 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30733030 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO 2- 22 30733057 1 3- **98** 08011081 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 11-12-___ I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 30/05/2023 / Empresa / Titular: INDUSTRIA DE CARROCERIAS METALICAS IBIPORA 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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen	iciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora
343269		91381451		91381451	30/05/2023 17:07		91381451
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000004672340							
8 - Nome							
RAFAEL FERREIRA DA SILVA							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	1 - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO - REVALIDAR A GUIA 90573417 INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 90573417							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitad						itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045 80777280006	LAI	WINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		, 	_ 1	_ _ , _
2-	11111	ARTIKOM COMER	SIG DE IIIII EARTEGORTOT EDIGGOETDA			_	,
	 				_,	-i	III
3-	_ _ _				_	_	_ _ , _
				_ _ _ _	_ _ _ _	_	
4- _ _ _ _ _	-				_	_ _	,
	_ _ _		-		_ _ _ _	 -	,
	_ _ _ _				!	-I	I
6-					_	 _l	,
					_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/05/2023 / Empresa / Titular: INDUSTRIA DE CARROCERIAS METALICAS IBIPORA LTDA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		