

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92504051

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 92504051 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 92504051 12/09/2023 15:53 11/11/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000035583455 25/02/2025 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **CARLOS ROBERTO PANIZIO** 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 **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 17905 225270 06 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 20/09/2023 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 1 2 S Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 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 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 2- **22** 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 3- **98** 08011081 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 8- |__|_| 9- |__|_| 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 12/09/2023 / Empresa / Titular: ROSIMEIRE CRISTINA DE LIMA PANIZIO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

Unimed A

	_					
1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Referenciada 92504051	4 - Senha	92504051	5 - Data da Autorização 12/09/2023 15:53	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora 92504051
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000035583455						
8 - Nome						
CARLOS ROBERTO PAN	IIZIO					
Dados do Profissional Solicitar	nte					
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVEIF	RA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANI INDICAÇAO CLINICA EM ANI						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Mat				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia1- 00 00590045	ıl 22 - Referência do mate LAMINA PARA SHAVER SE		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1	_ ,
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	I—I		_! '	IIIII
2- 00 00116700		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1		_ 1	_ _ ,
80743230025	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD)A _ _ _ _		_,	
3-	_ _ _		_ _	_	_	_ _ , _
_ _ _		_ _ _ _ _	l _ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
4- _ _			_ _ _	_		_ ,
		_	l - - - - -	_ _ _ _	_	
⁵⁻ .				_	_	_ ,
 6-			·		 	
					_l_l_l	1-1-1-1-171-1-1
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)337	2-0900 / Emitido em 12/09/2023 / Empresa / Titular:	ROSIMEIRE CRISTINA DE LIMA PANIZIO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		