

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90518562

(Via HOSPITAL)

1 " 11	- Número da Guia	Atribuído pe	ela Operadora								
343269						9051856	62				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de	Validade da S	Senha						
17/03/2023 0	3:37	905	18562	16/0	05/2023						
Dados do Beneficiário			1								
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Cart	teira	9 - Aten	dimento de	RN				
1680000003177026						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome ADRIELLY DA CRUZ GOLFETO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		11	me do Contratado								
10.246.214/0001-04		UNIO	RT E ORTOPEDIA	A ESPECIA	LIZADA LT	DA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante				15 - Conselho	Profissional	16 - Número do Con	selho 17 - UF	18 - Código CBO		
GUILHERME JOSE N	IYASAKI PIO	VESANA		06			30165	41	225270		
Dados do Hospital / Loca	Solicitado / Dao	los da Interr	nação								
19 - Código na Operadora /	CNPJ		lo Hospital / Local Solid				i i	21 - Data sugerida	`		
10.246.214/0001-04		UNIORT E	E ORTOPEDIA ES	SPECIALIZ	ADA LTDA			18/03/2023 00:	3/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de Inte	ernação 24	4 - Regime de Internaçã 1	o 25 - Qt	de. Diárias Solic	itadas 26	- Previsão de uso de OPMB	27 - Previsão de	uso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica			•		•						
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CID	10(2) (opciona	al) 31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID 10(4)	(opcional)	33 - Indicação de Aci	dente (acidente ou	doença relacionada)		
								9			
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Soli	citados									
34 - Tabela 35 - Código	do Procedimento	36 - De	escrição					37 - Qtde. So	olic. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 30733030			•				ES) - PROCEDIMEN		1		
2- 22 30733073							D DO LIGAMENTO C		1		
3- 22 30731216 4- 18 60000805			NSPOSICAO DE M				NHEIRO PRIVATIVO	1 1	1		
5- 18 60024151				_			A ARTROSCOPIA PA		1		
6-								_ _ _			
7- _									_ _ _		
8-											
9-	_ _ _ _	!									
10- _	_ _ _ _	!									
		.									
12-		·							III		
Dados da autorização	~	10 0:1 5:	/ i	·							
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1				41 - Tipo de 1	Acomodação a	utorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado						44 - Código CNES		
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPE				DIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104							
45 - Observação / Justificati Telefone Contratado: (43		nitido em 17	7/03/2023 /AUTORIZ	ADO CONFO	DRME UNIME	D DE ORIO	GEM / Empresa / Titula	r: UNIMED FRAN	NCISCO BELTRAO		
46. Data da Caliaitação	11.44	olootiis 1: 5	Drofingional Calledon	1 40 400	oturo de Direct	lalári C	opponoával 40 Aprim	atura da Dannini (vel polo Autori		



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 90518562	4 - Senha	5 - Data da Autorização 17/03/2023 08:37		o pela Operadora 90518562						
Dados do Beneficiário				90518562								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social										
1680000003177026												
8 - Nome												
ADRIELLY DA CRUZ GO	DLFETO											
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail							
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica ROTURA DO LCA JOELHO ROTURA DO LCA JOELHO AUTORIZADO CONFORME	DIREITO											
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4						
1- 00 00590045 80777280006	LAI	MINA PARA SHAVER SETO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1	_ ,					
2- 00 00597007	DAI		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1						
80044680085	1.01		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_ '	I					
3- 00 72320907	DIS		E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			_ 1						
80044680067			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
4- _						_	,					
	_			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _						
5- _					_	_	_ _ , _					
						_ _						
6- _					_	_	,					
						_ _						
24 - Especificação do Material												
25 - Observação / Justificativa	72 0000 / Emitido c = 47/	02/2022 /ALITORIZADO COA	IFORME LINIMED DE ODICEM. / Francisco / Tibula	LINIMED EDANGIO								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED FRANCISCO BELTRAO												
26 Data da Caliniana	27 - Assinatura do Pr	oficeianal Calicitants		20 A	Dooponoóvol pola Autariana							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	unssional suiicitante		20 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização							