

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92074120

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	- Número	da Guia Atrib	buído pela Opera	adora							
343269						9207	74120				
4 - Data da Autorização 02/08/2023 1	11	- Senha	92074120	6 - Data de Valid	dade da Senha 01/10/20	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000004968770 12/02/2024						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
MARIA CLARA SORIANI PAVESI											
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04			UNIORT E	RTOPEDIA E	SPECIALIZA	DA LTDA					
14 - Nome do Profissional S ALEXANDRE DE OL					15 - C 06	11 11			17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Loca								11300][220270
19 - Código na Operadora			,	al / Local Solicitado	0			1	21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		- 11		OPEDIA ESPE		.TDA			1	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Ti	po de Internaç C	ão 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diá	as Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica							J L				
29 - CID 10 Principal (opcid	onal) 3	30 - CID 10(2)	(opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - 0	D 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou d 9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens			dos				,				
34 - Tabela 35 - Código		edimento	36 - Descrição			0000001	n/DE0			- Qtde. Soli	
1- 22 30733030 2- 22 30733073				•) - PROCEDIMEI O LIGAMENTO			1
3- 22 3073121 0				ICAO DE MAIS					1		1
4- 98 0801104	5		PCT LIGAM	ENTOPLASTIA	UNIORTE -	PT			1		1
5- 98 08011080)		PCT ARTRO	OSCOPIA DE J	OELHO UNIO	RT - APT			1		1
											1
7- 18 60000554				APARTAMENT		AMENTO E) A D A A	PTPOSCOBIA I	1 DAD 1		1
8- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1											
10-	 	 								_!!! _	
11-	_ _ _	_							_	_	_
12-	_	_							_	_	_
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adm	issão hosp	oitalar 40 -	Qtde Diárias Aut 3	torizadas 41	- Tipo de Acomo	lação autoriza	da				
							44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/08/2023 / Empresa / Titular: FERNANDO MACULAN PAVESI											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	tura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	Beneficiário o	ou Respo	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 1	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha	00074400	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92074120		
343269	92074120		92074120	02/08/2023 17:20		92074120	
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	29 - Nome Social						
0050000004968770	29 - Nome Social						
8 - Nome							
MARIA CLARA SORIANI	DAVESI						
Dados do Profissional Solicita							
9 - Nome do profissional solicitan		10 - Telefone	11-	 1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVEII							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
INDICAÇÃO CLINICA EM AN	EXO						
INDICAÇÃO CLINICA EM AN	EXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Mat 21 - Registro ANVISA do Materia		erial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SE				_ 2	,	
80777280006	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _ _				
2- 00 70627657	PLACA ENDOBOTTON PAR	A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	<u> </u> 1	_ _ _ , _	_ 1	_ _ , _	
10208610040	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 00 00597007		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	<u> </u>	_ _ ,	_ 1	_ _ , _	
80044680085	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4- _ _				_	_	_,	
				_ _ _ _	 _	_ ,	
					-l	-	
					 	,	
	 				 _ _		
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa	0.0000 / Faritida - are 0.0/0.0000 / Fararas - / Titulara	FERNANDO MACULI ANI DAVECI					
Telefone Contratado: (43)337	2-0900 / Emitido em 02/08/2023 / Empresa / Titular:	FERNANDO MACULAN PAVESI					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			