

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90815899

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		0094	15000				
	[5, 0, .l.,		1. 1. 1. 0. 1.	7	15899						
4 - Data da Autorização 12/04/2023 10:02		5 - Senha 90815899		6 - Data de Valid	11/06/202						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	llidade da Carteira		- Atendiment	o de RN				
0050000002529265	i		31/1:	2/2023		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome KARINE MARANHAO VELOSO											
CARINE MARANHAO VELOSO Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissiona DANIEL FERREIRA			IRA		15 - Co	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 19475			Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo										ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	
19 - Código na Operado				al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA I				16/04/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimer	to 23 -	Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diár		26 - Pr	evisão de uso de OPI S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)					sional) 32 - C	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assiste	nciais Solicita	dos								
1- 22 307350 2- 22 307350 3- 22 307350 4- 18 600008 5- 18 600241 6-	33 68 84 05	I_I_I_I I_I_I_I	RUPTURA E RESSECCA DIARIA DE	LASTIA - PROC DO MANGUITO O LATERAL DA QUARTO COL	ROTADOR - A CLAVICULA ETIVO DE 2 L	PROCEDIMI - PROCED EITOS COM	ENTO \ IMENT I BANH	PICO DE OMBRO VIDEOARTROSC O VIDEOARTRO IEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA F	O 1 SOP 1 SC 1 O 2	- Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 2 1
10-	 	- - -							- - 	- - -	
Dados da autorização									-		1-1-1-1
39 - Data provável da Ac	lmissão ho	ospitalar 40	Qtde Diárias Aut	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomo	ação autorizad	da				
42 - Código na Operado		l autorizado	43 - Nome do H	lospital / Local Auto							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/04/2023 /1X EQUIPO 4 VIAS - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: KARINE MARANHAO VELOSO											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura d	Beneficiário d	ou Respo	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 90815899	4 - Senha 90815899		5 - Data da Autorização 12/04/2023 10:02	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora 90815899			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000002529265										
8 - Nome										
KARINE MARANHAO V	ELOSO									
Dados do Profissional Solici	tante									
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail										
DANIEL FERREIRA FEI	RNANDES VIEIRA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A 1X EQUIPO 4 VIAS - PAGO	NEXO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 00 00596221	GUI		SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	<u> </u>		_ 1	,			
80743230002			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
2- 00 71502718	ANO		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	<u> </u>		_ 3	,			
80044680086			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_					
3- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306			2	,	_ 2	_ ,			
80777280006		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_					
4- 00 00116700	CAN	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	_ 1	,			
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_					
5- 00 70917540	CAN	NULA PARA ARTROSCOF	PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	_ 1	,	_ 1	_ ,			
80777280003		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_					
6- _	_				_	_	_ ,			
	_					_				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 12/	04/2023 /1X EQUIPO 4 VIAS	S - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: KARINE N	MARANHAO VELOSC						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					