

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90573632

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 343269 | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|----------------|---|----------|--|---|--------------|-----------------------------------|--|
| | | Combo | II C. Data da Valla | dada da Casha | 905 | 73032 | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 22/03/2023 09:49 5 - Senha | | 90573632 | 90573632 6 - Data de Validade da 21. | | 23 | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | _ | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | 11 | lidade da Carteira | | 9 - Atendiment | to de RN | | | | | |
| 0050000042351327 | 1 | | 01/0 | 5/2025 | | N | 1 | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome ALESSANDRA APARECIDA PINA | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissiona | | | | | 15 - C | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do 0 | | | onselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270 | | | |
| Dados do Hospital / Lo | cal Solic | itado / Dados (| da Internação | | | | | | |] [] | | |
| 19 - Código na Operador | | | - | al / Local Solicitado | 0 | | | | 21 - Data | a sugerida p | ara Internação | |
| 10.246.214/0001-04 | | | | OPEDIA ESPE | | | 1 | | 25/04/2023 00:00 | | | |
| 22 - Caráter do Atendimen 1 | to 23 - | - Tipo de Internad C | ção 24 - Regim | ne de Internação 1 | 25 - Qtde. Diá | ias Solicitadas | 26 - Pr | revisão de uso de OPM S | ИЕ 27 - | Previsão de | uso de Quimioterápico | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | loença relacionada) | | | | |
| Procedimentos ou Iten: | s Assiste | enciais Solicita | dos | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 22 307330 | 65 30 | ocedimento | REPARO OI | U SUTURA DE .ASTIA (COM R | REMOCAO D | CORPOS I | LIVRES | O VIDEOARTRO 5) - PROCEDIMEN O LIGAMENTO (| SC 1 | - Qtde. Soli | c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 | |
| 4- 22 307312 | 16 | | TRANSPOS | ICAO DE MAIS | DE 1 TEND | O - TRATAI | MENTO | CIRURGICO | 1 | | 1 | |
| 5- 18 600008 | | | | | _ | | | HEIRO PRIVATIV | _ | | 1 | |
| 6- 18 600241 | 51 | | ALUGUELT | AXA DE APAR | ELHO / EQU | PAMENTO F | PARA A | ARTROSCOPIA P | AR 1 | | 1 | |
| 7- _ _ 8- | _ _ _ | - | | | | | | | - | _ | | |
| 9- | | -!!! | | | | | | | - | | | |
| 10- | | -111 | | | | | | | - | _ | | |
| 11- | | | | | | | | | - | _ | | |
| 12- | | | | | | | | | i_ | _,, _ | | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Ad | missão h | ospitalar 40 - | Qtde Diárias Aut | torizadas 41 | - Tipo de Acom | dação autoriza | ıda | | | | | |
| 42 - Código na Operador | a / CNPJ | J autorizado | | | orizado | | | | | | 44 - Código CNES | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104 | | | | | | | | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/03/2023 / Empresa / Titular: SUPERFRIO ARMAZENS GERAIS SA 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

| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização 22/03/2023 09:49 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90573632 | | |
|---|---|-------------------------------|---|---|--|-------------------------------|--------------------------------|
| Dados do Beneficiário | | 0070002 | | 90573632 | 22/00/2020 03:43 | | 30070002 |
| 7 - Número da Carteira | 29 - Nome Social | | | | | | |
| 0050000042351327 | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | |
| ALESSANDRA APARE | CIDA PINA | | | | | | |
| Dados do Profissional Solici | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solici | | 10 - | Telefone | 1. | 1 - E-mail | | |
| MARCUS VINICIUS DA | NIELI | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica LESAO DO LCA + MENISC LESAO DO LCA MENISCO | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M | faterial 15 - Descrição | | | 16 - Opção 17 - Qtde | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada 2 | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 21 - Registro ANVISA do Mate | | cia do material no fabricante | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | |
| 1- 00 00590045 | | AVER SETORMED - 00 | | _ 1 | | _ 1 | , |
| 80777280006 2- 00 72320907 | | | ANTESORTOPEDICOSLTDA TO ARTIFICIAL TOGGLELOC - | _ _ _ _ _ 1 1 | | 1 4 | |
| 80044680067 | | | ANTESORTOPEDICOSLTDA | | | _ 1 | _ , |
| 3- 00 00597007 | | | VIVEL GENTLE THREADS CAB | | | 1 | _ , |
| 80044680085 | | | ANTESORTOPEDICOSLTDA | <u>'</u> | | -ı · | I—I—I—I"I—I—I |
| 4- | | - Titulari CUDEDEDIO | ADMAZENC CEDAIS CA | | | - | |
| Telefone Contratado: (43)3 26 - Data da Solicitação | 372-0900 / Emitido em 22/03/2023 / Empres | | ARMAZENS GERAIS SA | 28 - Assinatura de | o Responsável pela Autorização | | |
| Data da Collolayao | | - | | 25 7.55/10/10/10/10 | portouror pola / latorização | | |