

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92055071

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - I	Número da Guia /	Atribuído pe	ela Operadora								
343269						92055071					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 92055071 6 - Data d			de Validade da S 30/0	enha 09/2023							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Validade da C	Carteira	9 - Aten	dimento de RN					
0050000030462064 29/11/2024						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome MATHEUS GAINO SILVERIO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		H	ome do Contratado								
10.246.214/0001-04		UNIO	RT E ORTOPE								
14 - Nome do Profissional Sol MARCUS VINICIUS DA	ti	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734		16 - Número do Co	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270					
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	os da Interi	nação								
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 11/08/2023 00:00											
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	nação 2					evisão de uso de OPN	ME 27 - Previsão de	27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
1	С		1		1		S		N		
28 - Indicação Clínica SEQUELA DE OSTEOCO	UDDODI AOTIA	DIOCECA	NITE IOELLIO DIE	NEITO.							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (O(2) (opcion	cional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9		doença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados									
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	10 - Qtde Di	árias Autorizadas 1	41 - Tipo de 1	Acomodação a	utorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loca UNIORT E ORTOPEDI				LIZADA LT	DA			44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/08/2023 / Empresa / Titular: SOTRAN S/A LOGISTICA E TRANSPORTE 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

					5 - Data da Autorização		
·	11		4 - Senha			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92055071		92055071	01/08/2023 14:45		92055071
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000030462064							
8 - Nome							
MATHEUS GAINO SILVE	RIO						
Dados do Profissional Solicitar	nte						
9 - Nome do profissional solicitan	nte		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
MARCUS VINICIUS DANIELI							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica SEQUELA DE OSTEOCOND SEQUELA DE OSTEOCOND							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Mat		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - \	√alor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 75604876	PAR		SAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	_ 2	_ _ ,	_ 2 _	_ ,
81118460005			IPLANTES ORTOPEDICOS LTDA				
2- 00 00597864	KIT	TREFINA MOSAICOPLAS		1		_ 1 _	_ ,
80521210016			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 00 00590045	LAN	IINA PARA SHAVER SET		1		_ 1 _	_ ,
80777280006		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- _					_ - - - - - - -	-	_
			-		_ _ _ _ _ _	_!!	
5-					_ - - - - - - -	-! .!!!	_ ,
					_ _ _ _ _	_!!	
6-					_ - - - - - - -	_	_ ,
						_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)337	2-0900 / Emitido em 01/0	08/2023 / Empresa / Titular: \$	SOTRAN S/A LOGISTICA E TRANSPORTE				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	otissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		