

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91903527

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número	o da Guia Atr	buído pela Opera	adora								
343269							3527					
4 - Data da Autorização		11		6 - Data de Validade da Senha]						
18/07/2023 14:04		91903527			16/09/2023							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
7 - Número da Carteira 0050000041347970	9	- Atendimento N	de RN									
0050000041347970 01/03/2025 N												
10 - Nome												
HELTON CARLOS DA SILVA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
14 - Nome do Profissional S	10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
MARCUS VINICIUS I	15 - Conselho Profissional 06			- 11	16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO 225270				
			da Internação									
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 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 19/04/2022 00:00												
22 - Caráter do Atendimento 23 -				ne de Internação	25 - Qtde. Diária	Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr		11		- Previsão de uso de Quimioterápico		
2		С		1	1			S			N	
28 - Indicação Clínica lesao meniscal cobdral joelho esquerdo												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)				31 - CID 10(3) (opc	- CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados												
34 - Tabela 35 - Código		edimento	36 - Descrição	L CUTUDA DE	LIM MENICOO	DDOCEDII	MENTO	VIDEOADTROS		- Qtde. Soli	_	
				REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO 1 1								
98 08011081 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF 1 1								1				
4- 18 60024151			ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO PA	ARA AR	TROSCOPIA P	AR 1		1	
5-	 _ _ _ 								_ _ _ _ _			
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
1 40 - Qtde Diarias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA I											44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/07/2023 / Empresa / Titular: MARLI BORTOLI DA SILVA 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

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 91903527 91903527 18/07/2023 14:04 91903527 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000041347970 8 - Nome **HELTON CARLOS DA SILVA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **MARCUS VINICIUS DANIELI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica lesao meniscal + cobdral joelho esquerdo lesao meniscal cobdral joelho esquerdo **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 80777280006 |_|_|, |__|_|,|__| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/07/2023 / Empresa / Titular: MARLI BORTOLI DA SILVA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização 26 - Data da Solicitação