

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93129732

(Via HOSPITAL)

343269								
Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 19/01/2024								
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 005000030439178 8 - Validade da Carteira 19/01/2024 9 - Atendimento de RN N 50 - Nome Social 10 - Nome CELIO CARLOS MONTEMEZZO Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 INIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
19/01/2024 N 50 - Nome Social 19/01/2024 N 10 - Nome CELIO CARLOS MONTEMEZZO Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
50 - Nome Social 10 - Nome CELIO CARLOS MONTEMEZZO Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
10 - Nome CELIO CARLOS MONTEMEZZO Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 06 19475 41 225270								
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 29/11/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimiot								
1 C 1 1 S N								
28 - Indicação Clínica LESAO MANGUITO ROTADOR DIREITO								
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 relacionada)								
9								
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados								
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1								
44 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código C								
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/11/2023 / Empresa / Titular: CELIO CARLOS MONTEMEZZO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização								



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenc		4 - Senha		11	6 - Número da Guia atrib		
343269		93129732		93129732	09/11/2023 16:33		93129732	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social								
0050000030439178								
8 - Nome								
CELIO CARLOS MONTEMEZZO								
Dados do Profissional Solicitante								
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica LESAO MANGUITO ROTA LESAO MANGUITO ROTA LESAO MANGUITO ROTA								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizad	a 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 71502718	ANC		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL	J _ 3		_ 3	_ _ , _	
80044680086			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1	,	
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 00 100066879	CAN		RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9)- <u> </u>	,	_ 2	,	
81288540024	TDC		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4- 00241202 80371250020	IKC		0 8,25X90MM PARTRO009 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,	
5- 00622494	CAN	NCHO COMPRESSAO SU				1 4		
80356130057	GAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,	
6-		AKTIIKOW COWLIK	DIO DE IMIL EANTESONTOI EDIOCOLTDA	 				
	!!!!! 					_	IIII'-II	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/11/2023 / Empresa / Titular: CELIO CARLOS MONTEMEZZO								
00. Data la 0. ". ". "	107 4	Contract Contract		100 * * * *	. B			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	otissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			