

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91712734

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	lúmero da Guia A	Atribuído polo (Operadore			_						
343269	iumero da Guia A	Ambuldo pela (Operadora		917127	34						
4 - Data da Autorização	5 - Senha	04740	11	/alidade da Senha	2	<u> </u>						
30/06/2023 10:45 91712734 29/08/2023 Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Cart	eira	9 - Atendimento de	RN						
0050000059941521			25/11/2024		N							
50 - Nome Social												
10 - Nome DANILO DJEAN RAMOS ANTONIO DA SILVA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	e do Contratado									
10.246.214/0001-04		UNIORT	T E ORTOPEDIA									
14 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA				15 - C 06	onselho Profissional	16 - Número do C 32301	17 - UF 18 - Código CBO 225270					
Dados do Hospital / Local S			•									
							21 - Data sugerida para Internação 10/07/2023 00:00					
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Intere	nação 24 -	Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diá	ias Solicitadas 26	- Previsão de uso de OP S	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N					
28 - Indicação Clínica OSSIFICACAO HETEROTO	DIO 4 D C C C C	OVE: 0 =:=	NDEZ DO 65-51									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		(2) (opcional)	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indica		o de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9					
Procedimentos ou Itens Ass	sistenciais Solici	itados										
1- 22 30720133 2- 22 31403239 3- 22 30736048 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	Procedimento	MICROI OSTEO DIARIA ALUGU	PARTROSES E O NEUROLISE UN DCONDROPLAST DE QUARTO C JELTAXA DE AP	ICA FIA - ESTABILIZ OLETIVO DE 2 ARELHO / EQU	ACAO, RESSEC LEITOS COM BA PAMENTO PAR	CAO E/OU PLASTI NNHEIRO PRIVATIV A ARTROSCOPIA I	/o 1 1					
39 - Data provável da Admissá	io hospitalar 4		as Autorizadas	41 - Tipo de Acom	dação autorizada							
1 1			e do Hospital / Local	Autorizado		44 - Código CNES 6528104						
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/06/2023 / Empresa / Titular: THALITA MESTRE												
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	inatura do Pro	ofissional Solicitante	48 - Assinatura	o Beneficiário ou R	esponsável 49 - Ass	sinatura do Responsável pela Autorização					



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído						
343269		91712734		91712734	30/06/2023 10:45		91712734					
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira	•	29 - Nome Social										
0050000059941521												
8 - Nome	O ANTONIO DA OU VA											
DANILO DJEAN RAMOS ANTONIO DA SILVA												
Dados do Profissional Solici 9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	144	1 - E-mail							
BRUNO BOSIO DA SIL			To - Teleforie	''	i - E-maii							
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica												
OSSIFICACAO HETEROTO												
OSSIFICACAO HETEROTO	OPICA DO COTOVELO R	IGIDEZ DO COTOVELO										
OPME Solicitadas	Associated AF	Descrição	46	` O 47 Ot-la	- Caliatrada 40 Malan Haitáire Calia	itada 40 Otda Autorianda	OO Malan Haitánia Autorianda					
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		o - Opçao =17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici de Funcionamento	tado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Vaior Unitario Autorizado					
1- 71502661	ANG	CORAS FLEXIVEIS JUGG	ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J	· -	_ _ _ ,	_ 2	,					
80044680086		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _								
2- 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET		_ 2	_ _ ,	_ 2	_,					
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _								
3- 00116700 80743230025	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 _ CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _					
4-		ARTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESOR TOPEDICOSLIDA			1 - -						
	 	111111		_1	!	-l						
5-		11111		 _l	_	_,, _						
			<u> </u>		_							
6- _			<u> </u>	_	_ _ _ ,	_	,					
				_								
24 - Especificação do Material												
25 - Observação / Justificativa												
		/06/2023 / Empresa / Titular:	THALITA MESTRE									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura da	Responsável pela Autorização							
20 Data da Oononação	Zi - Assiliatula do l' l	onocional dollottarite		20 - Assiliatura ut	Troopondavoi pola Autonzagao							
	11			11								