

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90736270

(Via HOSPITAL)

1 11	a Atribuído pela Operadora								
343269		9073627	70						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 04/04/2023 15:41	90736270 6 - Data de Vali	03/06/2023							
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	†1	RN						
0050000040280341	15/10/2024	N							
50 - Nome Social									
10 - Nome BEATRIZ APARECIDA SCARPIN FERREIRA									
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04	UNIORT E ORTOPEDIA E	SPECIALIZADA LTDA							
14 - Nome do Profissional Solicitante15 - Conselho Profissional16 - Número do Conselho17 - UF18 - CódigMARCUS VINICIUS DANIELI061873441225270									
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dad	dos da Internação								
, ,	20 - Nome do Hospital / Local Solicitad		11	21 - Data sugerida para Internação					
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA				10/04/2023 00:00					
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte	ternação 24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26	- Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N					
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO				1					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 1	10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)	cional) 32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acid	dente (acidente ou doença relacionada)					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Soli	licitados								
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento				37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.					
1- 22 30726034 2- 18 60000805		DE JOELHO COM IMPLANTES LETIVO DE 2 LEITOS COM BA							
3-									
Dados da autorização	40. Otdo Diários Autorizados 41	Tipo do Acomodoção autorizado							
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 3 1	- Tipo de Acomodação autorizada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	o 43 - Nome do Hospital / Local Au UNIORT E ORTOPEDIA E			44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2023 / Empresa / Titular: AUDCON ASSESSORIA CONTABIL LTDA 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

1 - Registro ANS	†1		I		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pe		·
343269		90736270		90736270	04/04/2023 15:41		90736270
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000040280341							
8 - Nome							
BEATRIZ APARECIDA	SCARPIN FERREIRA						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone			11	I - E-mail			
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A INDICAÇÃO CLÍNICA EM A							
INDICAÇÃO CLINICA EW A	ANEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	St. of the sector		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 74907735		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 74907735 80044680276	COI		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 (CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	
	COL						
2- 76362205 80175510047	COI		PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 DIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	
	INIC						
3- 00 75999080 80044680258	INS		DLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-9 DIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,
	CIM				_ _ _		
4- 00 72397950 10243070064	Cilvi		OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD SIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· I—I		_ 2	,,
		AKTHKOW COWERC	DO DE IMPLANTESONTOPEDICOSETDA	-	_ _ _		
5-	_ _ _				_	_	,
6-					_ _ _	_ _ 	,
					_	_	,
24 - Especificação do Materia				I—I—I—I—I—		<u> </u>	
24 - Especificação do Materia	l						
25 - Observação / Justificativa							
		04/2023 / Empresa / Titular: /	AUDCON ASSESSORIA CONTABIL LTDA				
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			