

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92875034

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora			75004				
343269		[5, 0].		10 By 12 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2		928	75034				
4 - Data da Autorização 17/10/2023 16:20		5 - Senha 92875034		6 - Data de Valid	16/12/20						
Dados do Beneficiário)										
7 - Número da Carteira			11	llidade da Carteira		9 - Atendimen					
005000000461134	1		01/1	1/2025		N	1				
50 - Nome Social											
10 - Nome MILTON STRINGH	IINI JUN	IOR									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-0			13 - Nome do C	ORTOPEDIA E	SPECIALIZA	DA LTDA					
14 - Nome do Profission					15 - 0 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 0			onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / L	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado			•	al / Local Solicitad	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0				OPEDIA ESPE					<u> </u>	2023 00:0	
22 - Caráter do Atendime	nto 23 ·	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Qtde. Di	rias Solicitadas 1	26 - Pi	revisão de uso de OPI S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (o	JCIOITAI)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	Jorial) 32 -	CID 10(4) (opci	Ullai)	33 - Indicação de A	cidente (a	9	ioeriça relacionada)
Procedimentos ou Iter											
34 - Tabela 35 - Có		ocedimento			CEDIMENTO	VIDEOARTE	ദരഭവ	PICO DE OMBR	-	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 30735								VIDEOARTROSC			1
3- 22 30735	084		RESSECCA	O LATERAL D	A CLAVICUI	A - PROCE	DIMENT	O VIDEOARTRO	SC 1		1
4- 18 60000	805		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2	LEITOS COM	M BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
5- 18 60024	151		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQU	IPAMENTO I	PARA A	ARTROSCOPIA F	PAR 1		1
6- 7-		- 								_	
	 	- 							- 	_ 	
9- _	 									_ _	 _
10-	 									_,, _	
11- _									_	_	
12- _									_	_	_
Dados da autorização											
39 - Data provável da A	dmissão h	ospitalar 40	· Qtde Diárias Au 1	torizadas 41	- Tipo de Acom	odação autoriza	ada				
42 - Código na Operado		J autorizado	1	lospital / Local Auto							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/10/2023 / Empresa / Titular: MILTON STRINGHINI JUNIOR											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Resp	onsável 49 - Ass	natura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

,,					1		
· II	3 - Número da Guia Referer	ł ł	4 - Senha		11 ' 11	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92875034		92875034	17/10/2023 16:20		92875034
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000004611341							
8 - Nome							
MILTON STRINGHINI J	JNIOR						
Dados do Profissional Solicit	tante						
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
BRUNO BOSIO DA SIL	/A						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESAO MANGUITO ROTAI LESAO MANGUITO ROTAI							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	laterial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada 3	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do materi	al no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 71502661	AN	CORAS FLEXIVEIS JUGGE	ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J	3	_ _ _ ,	_ 3	,
80044680086		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00608459	PO	NTEIRA DE RF 90GRAUS I	ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	1	_ _ _ ,	_ 1	,
80082910131		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 00322229	GA	NCHO COMPRESSAO SUT	TURA EXS2 741980000	1	_ _ _ ,	_ 1	,
80356130057		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _		
4- 00241202	TRO	OCATER ARTROSCOPICO	8,25X90MM PARTRO009	2	_ _ _ ,	_ 2	_ ,
80371250020		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _		
5- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	2	_ _ _ ,	_ 2	,
80777280006		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _		
6-	_ _ _ _			_ _ - - _ _ _ - - -	_	_	_ _ , _
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 17/	/10/2023 / Empresa / Titular: N	MILTON STRINGHINI JUNIOR				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		