

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91873543

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operadora									
343269					9187	3543						
4 - Data da Autorização 14/07/2023 15:	5 - Senha	918	6 - Data de	Validade da Se 25/09	enha 9/2023							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Ca	teira	9 - Atendimento	de RN						
9942104254336006 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome ABNER AUGUSTO NOGUEIRA MENEGHIN												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	ome do Contratado	A E0DE0141	174041704							
10.246.214/0001-04		UNIO	RT E ORTOPEDI			. 11.00 11/	0 " 15- 15-15-07" 000					
14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO				11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28806		Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270					
Dados do Hospital / Local S			•									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugeri 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 29/07/2023 0												
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	rnação 2	24 - Regime de Internaç	žo 25 - Qtd	e. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de C	DPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N					
28 - Indicação Clínica	L					L						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		O(2) (opcion	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcior	nal) 33 - Indicação de	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9					
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados										
1- 22 30734045 2- 22 30734053 3- 98 08011981 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	OSTE RECO PCT	ONSTRUCAO, RE ARTROSCOPIA E GUELTAXA DE AI	TENCIONAM DE TORNOZE PARELHO / E	IENTO OU REFOR ILO - ENF - UNIOR EQUIPAMENTO PA	ARA ARTROSCOPIA	D-PR 2 2 1 1					
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	10 - Otde Di	iárias Autorizadas	41 - Tipo de A	.comodação autorizad	la						
			1	1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / UNIORT E ORTOP					LIZADA LTDA		44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A 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

"	- Número da Guia Referer	11	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		91873543		91873543	14/07/2023 15:56		91873543
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9942104254336006							
8 - Nome							
ABNER AUGUSTO NOG	UEIRA MENEGHIN						
Dados do Profissional Solicita							
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
RAFAEL MAURICIO BEL	.ETATO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESAO LIGAMENTAR LESAO LIGAMENTAR AUTORIZADO CONFORME	UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma	terial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do materia		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045	LA	MINA PARA SHAVER SETC		_ 1		_ 1	_ _ , _
80777280006			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 76221229 10247700123	AN		ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 2	,
3- 71699317	ΔN		PEDICA ANCORTEC - 103.00435 ANCORTE	_ _ _ _ _ 2		_ 2	
10208610066	AN		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 		_ 4	,
4-1 1 1 1 1 1 1		ARTINOM COMERCI	IO DE IIII EARTEGORTOI EDIGOGETDA			_	,
·							I—I—I—I"I—I—I
5-		IIIII				 	_ ,
	,,,, .					_,, _	·
6- _ _	_ _ _				_ _ , _ ,	_	_ _ , _
					_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 14/	/07/2023 /AUTORIZADO CON	FORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: UNIMED SEGURAI	OORA S/A		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		