

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90913315

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	Número da Guia At	ribuído pela Opera	adora							
343269					90913	3315				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	20242245	6 - Data de Valid							
19/04/2023 18:	08	90913315		18/06/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN										
0050000005568920 13/09/2024					N	do Itiv				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
SUELI APARECIDA CO	RREA DO RO	SARIO								
Dados do Contratado Solici	tante	1140 11 11 11 10								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C	Ontratado ORTOPEDIA ES	SPECIALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional Soli	icitante				elho Profissio	nal 1	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
DANIEL FERREIRA FE		EIRA		06	11 11				41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora / Cl	- 11		al / Local Solicitado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	U	NIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA			24/04/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Intern	ação 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Previ	isão de uso de OPM	1E 27 - F	Previsão de I	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С		1	2			S			N
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opci	onal) 32 - CID	10(4) (opcion	al) 33	3 - Indicação de Ac	•	cidente ou d	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass		ados								
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	36 - Descrição	LASTIA DDOC	PEDIMENTO VII	DEO A DED C	necopi	CO DE OMPRO		- Qtde. Soli	_
2- 22 30735068	1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 1								1	
3- 22 30735084		RESSECCA	O LATERAL DA	A CLAVICULA -	PROCEDII	MENTO	VIDEOARTRO	SC 1		1
4- 18 60000805		DIARIA DE	QUARTO COLI	ETIVO DE 2 LE	TOS COM	BANHE	IRO PRIVATIVO	2		2
5- 18 60024151		ALUGUELT	AXA DE APARI	ELHO / EQUIPA	MENTO PA	ARA AR	TROSCOPIA P	AR 1		1
6- _ _ _ 7-	- 							- 	- 	_
8-								_		_ _
9- _								_	_	_ _ _
10- _									_	_ _ _
11-	-							 	_	
	-							_	-	III
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissã	ão hospitalar 40	- Qtde Diárias Aut	torizadas 41 -	Tipo de Acomoda	rão autorizada	a]				
33 - Bata provaver da Admisse	ao nospitalai	2	1	ripo de Acomoda	,ao adionzada					
42 - Código na Operadora / C	NPJ autorizado	43 - Nome do H	ospital / Local Auto	rizado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/04/2023 / Empresa / Titular: GUARACI PREFEITURA 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

· 11	<u> </u>			4 - Senha			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	90913315		90913315			19/04/2023 18:08	90913315				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000005568920											
8 - Nome SUELI APARECIDA CO	RREA DO ROSARIO										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone						11 - E-mail					
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA											
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	ial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autoriza	da 20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 00 00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226N			FLEX EP/ES I 226M	1		_ 1				
80743230002	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				· .						
2- 00 71502718					3	,	_ 3	_ _ _ ,			
80044680086											
	00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306				<u> </u>		_ 2	,			
80777280006	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
4- 00 00116700 80743230025	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ ,	_ 1	,				
5- 00 70917540	CAI	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO					1				
80777280003	3 7		CIO DE IMPLANTESORTO		<u> </u>		-ı ·	1111'111			
6- _							_	,			
	_ _ _						_ _				
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 19/	04/2023 / Empresa / Titular:	GUARACI PREFEITURA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					