

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90473037

(Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 90473037 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 14/03/2023 09:47 90473037 19/05/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1580000000403447 23/03/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **ELCIO ZANATO** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF **DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA** 06 19475 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21/03/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C 1 2 S Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 2- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 3- **22** 30735092 TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART 4- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 5- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 6- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 8- |__|_| 9- | | | 10-| | | 11-12-I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/03/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED CASCAVE

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		11	6 - Número da Guia atribu	· · ·
343269		90473037		90473037	14/03/2023 09:47		90473037
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
158000000403447							
8 - Nome							
ELCIO ZANATO							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone					1 - E-mail		
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa				23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
			SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M			_ 1	_ _ , _
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
			LICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A	3		_ 3	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 00 00590045 80777280006	LAN	MINA PARA SHAVER SET		<u> 2</u>	,	_ 2	,
	C41		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200				
4- 00 00116700 80743230025	CAP		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	
5- 00 70917540	CAN		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO			1	
80777280003	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 		_ '	,
6-		ARTINOM COMERC	SIO DE IIIII EARTEOGRAFOI EDIOGOETDA	 		_	
	 					-ı ı—ı—ı—ı _ll	IIII'III
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/03/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED CASCAVEL							
OC. Data da Callata A	107 45-1-1-1-2	effectional Callate of		100 4000	- December 1 and 1 A 1 1 2 1 1 7		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	Diissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		