

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93310251

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia A	Atribuído pela O <sub>l</sub>	peradora							
343269						10251				
4 - Data da Autorização				idade da Senh <b>26/01/2</b>						
Dados do Beneficiário							_			
7 - Número da Carteira		- 11	· Validade da Carteira	a	9 - Atendimento					
0050000060753253 15/02/2025 Nome Social						I				
†	10 - Nome FELIPE RUZYCKI BALLAN									
Dados do Contratado Solici	tante									
12 - Código na Operadora		11	o Contratado	SECIAL I	74041704					
10.246.214/0001-04	ioitonto	UNIORI	ORTOPEDIA E		· Conselho Profissi	ional 1/16	- Número do Co	anaalha 11	7 - UF	18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Solicitante  ROBERTO GRANGE GASPARELLI				06		11	32428 41 225270			· ·
Dados do Hospital / Local S		-								
19 - Código na Operadora / CNPJ  10.246.214/0001-04  20 - Nome do Hospital / Local Solicitad UNIORT E ORTOPEDIA ESPE								21 - Data sugerida para Internação <b>28/11/2023 00:00</b>		
22 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	23 - Tipo de Inter	nação 24 - Ro	egime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. I	Diárias Solicitadas	26 - Previsâ	io de uso de OPI	ME 27 - Prev		o de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM A	NIEVO					11				
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)			31 - CID 10(3) (ope	cional) 32	32 - CID 10(4) (opcional)   33 - Indicad		Indicação de A	o de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9		
Procedimentos ou Itens Ass	sistenciais Solici	itados								
1- 22 30733073 2- 22 30731216 3- 98 08011046 4- 18 60000384	o Procedimento	TRANSP PCT LIGA DIARIA D	TRUCAO, RETEN OSICAO DE MAIS AMENTOPLASTIA DE ACOMPANHA	S DE 1 TEN A UNIORTE NTE COM F	DAO - TRATAN - ENF REFEICAO CON	MENTO CIF	RURGICO	CR 1 1 1 1	tde. Solic.	38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5- 18 60024151 6-			LTAXA DE APAR					PAR 1	_   _   _   _   _	1  _ _ _   _ _ _   _ _ _   _ _ _
39 - Data provável da Admissa	ão hospitalar 4	0 - Qtde Diárias	Autorizadas 41	- Tipo de Aco	modação autorizad	da				
		1	1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código CNES 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/11/2023 / Empresa / Titular: CLOVIS BALLAN  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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Refere	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93310251		93310251	27/11/2023 16:18		93310251
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000060753253							
8 - Nome							
FELIPE RUZYCKI BALI							
Dados do Profissional Solici 9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1[4	1 - E-mail		
ROBERTO GRANGE G			To - Teleforie	'	ı - E-IIIaii		
Dados da cirurgia	ASI AILLLI						
12 - Justificativa técnica							
INDICAÇAO CLINICA EM A							
INDICAÇAO CLINICA EM A	NEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 100066879			ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-	•	_ _ _ ,	_  1	_ _ , _
81288540024		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	ΓDA  _ _ _		•	
2- 00 70627657	PL.	ACA ENDOBOTTON PARA	A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.700	11 PLA    1	_ _ _ ,	_  1	_,
10208610040			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL		_ _ _ _		
3- <b>00 00597007</b>	PA		A REABSORVIVEL GENTLE THREAD			_  1	_ _ ,
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	IDA   <u>     </u>			
<sup>4-</sup>	-      					_	_ ,
		IIIIII				 	_ _ _ ,
	_,,,, _					_,	
6-   _				_   _	_	_	_ ,
	_ _ _			_	_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material							
Observação / Justificativa							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 27	/11/2023 / Empresa / Titular:	CLOVIS BALLAN				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	reficeional Calinitante		20 Applications of	o Deeneneével nele Autoriza - 2 -		
Zo - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	ionssional solicitante		20 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		