

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91193957

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91193957 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 15/05/2023 15:53 91193957 14/07/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000041911450 05/04/2025 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome SANDRA REGINA TOLDO MONTEIRO 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 20/05/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo 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) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 2- **22** 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 3- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 4- 22 30735092 TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART 5- **18** 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 2 6- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 7- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 8- |__|_| 9- | | | 10-| | | 11-12-I I I I I $I \quad I \quad I \quad I$ Dados 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 15/05/2023 /1 EQUIPO 4 VIAS - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: SANDRA REGINA TOLDO MONTEIRO 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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atrib	uído pela Operadora	
343269		91193957		91193957	15/05/2023 15:53		91193957	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social								
0050000041911450								
8 - Nome								
SANDRA REGINA TOLDO MONTEIRO								
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 A INDICAÇAO CLINICA EM A 1 EQUIPO 4 VIAS - PAGO	ANEXO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante					16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento			
-		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL	=	<u> </u>	_ 3	_ _ , _		
80044680086 ARTHROM COMERCIO D		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 					
2- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306			ORMED - 001030306	2	,	_ 2	,	
80777280006 ARTHROM COMERCIO DE I			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _			
			PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1	_ ,	_ 1	,	
80743230025			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _	_ _ _			
4- 00 70917540	CAN		1A SETORMED - 009 12 90 85 CANULA C	0 _ 1	_ _ ,	_ 1	_ _ , _	
80777280003			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5- 00 00596221	GUI		SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 22	6M 1		_ 1	,	
80743230002 6-		ARTHROWI COWIERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
	 					_l	IIII ₂ 1II	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2023 /1 EQUIPO 4 VIAS - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: SANDRA REGINA TOLDO MONTEIRO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			