

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91488920

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído no	ala Operadora									
343269	Numero da Guia	Attibuluo pe	ва Орегација		9148	8920						
4 - Data da Autorização	5 - Senha	04.4	11	a de Validade da S	1							
09/06/2023 15:46 91488920 15/08/2023 Dados do Beneficiário 15/08/2023												
7 - Número da Carteira			8 - Validade da	Carteira	9 - Atendimento	de RN						
9700020010259230				N								
50 - Nome Social												
10 - Nome BRUNO PINHEIRO DOS SANTOS NATAL												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		H	ome do Contratado									
10.246.214/0001-04		UNIO	RT E ORTOPE		LIZADA LTDA							
14 - Nome do Profissional So BRUNO BOSIO DA SII				t t	15 - Conselho Profissio 06	onal 16 - Número do 0 32301	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270					
Dados do Hospital / Local 3	Solicitado / Dado	os da Interr	nação	,,								
19 - Código na Operadora / C	11		do Hospital / Local				21 - Data sugerida para Internação					
10.246.214/0001-04			E ORTOPEDIA				19/06/2023 00:00					
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	rnação 2	24 - Regime de Inter 1	nação 25 - Qt	de. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de Of	PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico					
28 - Indicação Clínica OSSIFICACAO HETEROT	00104 00 007			·								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		0(2) (opcion	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcior	nal) 33 - Indicação de .	Acidente (acidente ou doença relacionada)					
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados										
34 - Tabela 35 - Código o 1- 22 31403352 2- 22 30736048 3- 22 30101751 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	o Procedimento	TRAM OSTE RETF DIAR ALUC	RACAO CICAT RIA DE QUART GUELTAXA DE	ASTIA - ESTAI RICIAL DE ZOI O COLETIVO I	NA DE FLEXAO E DE 2 LEITOS COM		BRO 1 1 VO 1 1					
39 - Data provavel da Admiss	ao nospitalar 2	+v - Qide Di	arias Autorizadas 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	ncomouação autorizão	ia						
1			ome do Hospital / L	44 - Código CNES								
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO P AULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS												
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do l	Profissional Solicit	ante 48 - Assir	atura do Beneficiário o	u Responsável 49 - As	sinatura do Responsável pela Autorização					



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed #

					1.			
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		91488920		91488920	09/06/2023 15:46		91488920	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9700020010259230								
8 - Nome								
BRUNO PINHEIRO DO	S SANTOS NATAL							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
BRUNO BOSIO DA SIL	.VA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica OSSIFICACAO HETEROTO OSSIFICACAO HETEROTO AUTORIZADO CONFORMI	OPICA DO COTOVELO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I		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				23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00590045 80777280006	LAI	MINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2	,	_ 2	_ _ , _	
2- 00	POI		ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	_ _ _ 		1		
80082910131	FOI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	'		_ '	,	
3- 75788985	CAI		PIA SETORMED - 165 09 90 65 CANULA CO			1	_ _ ,	
80777280101	0 7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-i ·	IIII'III	
4-						_	,	
5-					_	 _	_ _ _ , _	
6-					-	_ _	,	
24 - Especificação do Materia		I—I—I—I—I—I—		I—I—I—I—I—I				
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		06/2023 /AUTORIZADO COM	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titu	ılar: UNIMED DO ESTAI	DO DE SAO PAULO CONFEDER.	ACAO ESTADUAL COO	PERATIVAS MEDICAS	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização				