

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91454074

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Gu	ia Atribuído	nela Oneradora							
343269) - Nulliolo da Ca	Id Allibuido	pela Operadora		9145	64074				
4 - Data da Autorização 06/06/2023 '	5 - Senh		6 - Data de V	alidade da Senha 18/08/20)23					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 0320000077219520			8 - Validade da Carte 30/04/2023	ira 	9 - Atendimento					
50 - Nome Social							-			
10 - Nome RONALDO PIAZZALUNGA										
	Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora		13 - 1	Nome do Contratado							
08.214.460/0001-24		ноя	SPITAL OTOCENTRO	O DE LONDR	NA LTDA					
14 - Nome do Profissional FERNANDO TAKAO				15 - 0 6	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conse 19896			- 11 11	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / Da	ados da Inte	ernação	',		''		, ,		
19 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24	/ CNPJ	11	e do Hospital / Local Solicit		IDRINA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 12/06/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. D	árias Solicitadas	26 - Previsã	io de uso de OPME	11	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica										
29 - CID 10 Principal (opci	onal) 30 - CIC) 10(2) (opcid	onal) 31 - CID 10(3) (c	opcional) 32 -	CID 10(4) (opcio	nal) 33 -	Indicação de Acic	dente (acidente ou do	pença relacionada)	
								9		
Procedimentos ou Itens										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30735033 2- 22 30735017 3- 18 60000384 4- 18 60000554			36 - Descrição ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMB DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES					37 - Qtde. Solic 1 B 1 1	. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1	
5- 18 6002415 6- _ _ _ _ _ _ _	1 -	ALU l l	UGUELTAXA DE APA					\R 1 _ _ _ _ _	1 _ _ _	
8-	- -	_ _						_ _ _ _ _ _		
11-	- -	 							 	
Dados da autorização										
39 - Data provável da Adm	iissão hospitalar	40 - Qtde I	1 1	41 - Tipo de Acon 12	odação autorizad	da				
42 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24	/ CNPJ autorizad	11	Nome do Hospital / Local A		NA LTDA			11	14 - Código CNES 5301424	
45 - Observação / Justifica Telefone Contratado: / TIFICAR EM CONTA Ho	Emitido em 06/0		JTORIZADO CONFORM itular: UNIMED CURITIE					MENTO PARA ART	FROSCOPIA JUS	

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 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 91454074	4 - Senha 91454074			5 - Data da Autorização 06/06/2023 11:50	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91454074				
Dados do Beneficiário		31434074			31434074	00/00/2023 11.30		31434014			
7 - Número da Carteira 0320000077219520		29 - Nome Social									
8 - Nome RONALDO PIAZZALUN	GA										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail						
FERNANDO TAKAO CI	NAGAVA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica 02 laminas de shaver /01 radiofrequencia bipolar - cotar na arthrom solicitação de cirurgia de ombro direito AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	sial an fabricants			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autoriza	da 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 101068301 80743230075			rial no fabricante DLAR RF - ELBART007 - ART BI CIO DE IMPLANTESORTOPEDI	EVEL 3,0 _	23 - № Autorizaçao _ 1	de Funcionamento	_ 1	_ _ , _			
2- 00 00162477 80356130052	CAI	NULA MICRODEBRIDACA	NO AMC F 2,9X5,5MM 89171000	0 _	- _ 2 		_ 2	_ ,			
3-	_ _						_	_ _ , _			
4-	_			 	_	_	_	,			
5-				_ _ _	_ _		_	,			
6-	- -			_ _ _	_ _ _ _	_ <u> </u>	_	,			
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emi TIBA SOCIEDADE COOPEI		ORIZADO CONFORME UNIN	MED DE ORIGEM. TAXA DE APAR	RELHO / EQUIPAMEN	ITO PARA ARTR	OSCOPIA JUSTIFICAR EM CON	ITA HOSPITALAR / Em	presa / Titular: UNIMED CURI			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					