

(Via HOSPITAL)





_|/|__|_|/|__|

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89720279 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 03/01/2023 08:59 89720279 04/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 9941119259636000 31/12/2022 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **ALINE ROSA DE JESUS** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 18 - Código CBO 17 - UF **ROBERTO GRANGE GASPARELLI** 06 32428 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 07/01/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 23 - Tipo de Internação 2 Ν 2 1 N 1 28 - Indicação Clínica REVALIDAÇÃO DA GUIA 89681753 PACIENTE ESTAVA COM COVID 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 34 - Tabela 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30733090 TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEO 2- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 3- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 1 _|_|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 6528104 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04753294900 em 03/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGU RADORA S/A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89720279



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora	
343269		89720279		89720279	03/01/2023 08:59	89720279	
Dados do Beneficiário							
7 - Numero da Carteira 8 - Nome							
9941119259636000 ALINE ROSA DE JESUS			JS				
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	I - E-mail		
ROBERTO GRANGE GASPARELLI							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica REVALIDACAO DA GUIA 89681753 - PACIENTE ESTAVA COM COVID REVALIDACAO DA GUIA 89681753 PACIENTE ESTAVA COM COVID AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ite	em 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do materi	al	•	22 - Referência do material no fal	bricante	2	23 - № Autorização de Funcionamento	
1- 00							
80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT							
2-							
	 	<u> </u>		- 11 11 			
3-	- 	•	IIIIIII		·!!!!!!!!!		
				- II II I I I I I			
	_				!!!!!!!! ! !		
4- _							
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_			_ _	<u> </u>		
5- _				_	,		
	_				<u> _ _ _ _ _ _ _ </u>		
6- _				_	_ _ _ ,		
		1			<u> </u>		
24 - Especificação do material							
24 Especimenção do material							
25 - Observações / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04753294900 em 03/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGU							
RADORA S/A							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
/1///							