

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91046827

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91046827 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 03/05/2023 10:55 91046827 02/07/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000013641045 30/10/2023 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **WILSON SINCOS** 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 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 225270 **BRUNO BOSIO DA SILVA** 32301 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 05/05/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 S Ν 1 28 - Indicação Clínica LESÃO DO TRICEPS E BURSITE COTOVELO 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30736013 SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COT DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2- 18 60000805 1 3- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 4- |__|_| 6- |__|__| 11-12-___ I I I I II I I IDados 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 03/05/2023 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

| 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada | | ciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuíd | Número da Guia atribuído pela Operadora | |
|--|------------------------|-------------------------|--|---|---|-----------------------------|---|--|
| 343269 | | 91046827 | | 91046827 | 03/05/2023 10:55 | | 91046827 | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | |
| 0050000013641045 | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | |
| WILSON SINCOS | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone | | | | 1 | 1 - E-mail | | | |
| BRUNO BOSIO DA SILVA | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica LESÃO DO TRICEPS E BURSITE COTOVELO LESÃO DO TRICEPS E BURSITE COTOVELO LESÃO DO TRICEPS E BURSITE COTOVELO | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do I | | Descrição | | | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado | |
| 21 - Registro ANVISA do Mate | | 22 - Referência do mate | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | | |
| 1- 00 71502718 80044680086 | ANC | | ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <u> </u> | _ , | _ 2 | , | |
| 2- | | AKTIKOM COMEK | SIO DE IMI EARTESORTOI EDICOGETDA | | | _ | , | |
| | | | | | | | I—I—I—I'I—I—I | |
| 3- _ | | | | | _ | _ | , | |
| | _ _ _ | | | | _ _ _ _ _ | _ _ | | |
| 4- | _ _ _ | | | | _ | _ _ | _ _ , _ | |
| <u> - - - - - - </u> | _ _ _ | _ _ _ | | | _ _ _ _ _ | _ | | |
| ⁵⁻ | _ _ _ | 111111 | | | _ | _ | , | |
| | | IIIIII | | | | !! | , | |
| | | | | | | -ı ı—ı—ı—ı _ _ | III'II | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/05/2023 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pro | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | | |