

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90754753

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269											
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dade da Senha	7	04100				
05/04/2023 17:49			 		04/06/202	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			† †	alidade da Carteira		- Atendiment					
0050000002417670	<u> </u>		10/1	0/2023		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome DORIVAL DE SOU	ZA										
Dados do Contratado	Solicitante	е									
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	Contratado ORTOPEDIA E	SPECIALIZAI	A LTDA					
14 - Nome do Profissiona DANIEL FERREIR			IRA		15 - Co	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 19475			onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solici	itado / Dados	da Internação							''	
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		11		al / Local Solicitado		.TDA			1	a sugerida p 2023 00:0	para Internação 10
22 - Caráter do Atendimer	to 23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Regin	24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26		Previsão de uso de OPME 27 -		- Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica					J L		1				
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - C	D 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou o	doença relacionada)
, —	,		, (,	(-) (,			9	
Procedimentos ou Iten											
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307350		ocedimento			CEDIMENTO V	IDEOARTR	റാടവ	PICO DE OMBR		' - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307350								/IDEOARTROSC			1
3- 22 30735 0	84		RESSECCA	O LATERAL D	A CLAVICULA	- PROCED	IMENT	O VIDEOARTRO	SC 1		1
4- 22 307350								IMENTO VIDEO			1
5- 18 600003 6- 18 600008				ACOMPANHAN				A IEIRO PRIVATIV	2 O 2		2 2
7- 18 600241								RTROSCOPIA F	_		1
8-	_ _ _								_	_ _	_
9- _	_ _ _	<u> </u>								_	
10- _	_ _ _	_ 								_	
11- . 12-	 								- -	_ _	 _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ac	missão ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomo	ação autoriza	da				
42 - Código na Operado	a / CNPJ	autorizado	43 - Nome do H	lospital / Local Auto	orizado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04	ļ		UNIORT E	ORTOPEDIA E	SPECIALIZAI	A LTDA					6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/04/2023 / Empresa / Titular: DORIVAL DE SOUZA											
				nal Solicitante	10 Assistant	Beneficiário o	ou Posn	onsável 49 - Ass	inatura da	Doggoogá	rel pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	
343269		90754753			90754753	05/04/2023 17:49		90754753
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000002417670								
8 - Nome								
DORIVAL DE SOUZA								
Dados do Profissional Solici			11		10.	. =		
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		17	1 - E-mail		
DANIEL FERREIRA FEI	RNANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizad	a 20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 71502718			ERKNOTTM - 912015 ANCOR	A FLEXIVEL J	3		_ 3	_ _ , _
80044680086		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPED	DICOSLTDA	 _			
2- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306		2	_ _ _ ,	_ 2	_ ,
80777280006		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORTOPED	DICOSLTDA				
3- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200					<u> _</u> 1	,	_ 1	,
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPED	DICOSLTDA	_ _			
4- 00 70917540	CAN		PIA SETORMED - 009 12 90 85		_ 1	_ _ ,	_ 1	,
80777280003			CIO DE IMPLANTESORTOPED		. _ _ _ _			
5- 00 00596221 80743230002	GUI		SUTURA ESTERIL EXXOFLEX SIO DE IMPLANTESORTOPED		_ 1	_ _ _ ,	_ 1	,
		AKTHKOW COMEK	DO DE IMPLANTESORTOPEL	DICUSLIDA	. -			,
6- _ _ _ 1 1 1 1 1 1	_ _ 						_	- - -
24 - Especificação do Material			·		IIIII		_II	
21 Especimoayad ad matemat								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3:	372-0900 / Emitido em 05/	04/2023 / Empresa / Titular: \	DORIVAL DE SOUZA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		