

90217256



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da	Guia Atribuío	ído pela Operadora 90217256								
4 - Data da Autorização	5 - Senh				6 - Data de Validade da Senha						
17/02/2023 08:	:10		90217256		18/04/2023						
Dados do Beneficiário			11		11		_				
7 - Numero da Carteira 0050000005566498			8 - Validade da Carteira 28/03/2025	† †		9 - Atendimento de RN					
10 - Nome			20/03/2023					ional da Saú	-40		
DANIEL PELISSON CA	MARGO						11 - Cartão Nac 7050006390		ide		
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		11	lome do Contratado								
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E ORTOPEDIA E	SPECIALIZ							
14 - Nome do Profissional Solid		207	15 - Conselho Profiss			ofissional	16 - Número	do Conselho	11 1	18 - Código CBO	
ALEXANDRE DE OLIV Dados do Hospital / Local Solic					06 17905				41	225270	
19 - Código na Operadora / CN			do Hospital / Local Solicitado					21 - Data	sugerida pat	a Internação	
10.246.214/0001-04		<u> </u>	RT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTD						023 00:00		
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Ir 2	ternação	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. d	25 - Qtde. diárias Solicitadas 26 - Prev		são de uso de OPME 27 - P		Previsão de uso de Quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica		L	I		1		<u> </u>		N		
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10	0(2) (opcional	al) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33	- Indicação d	le Acidente (acide	ente ou doen 9	ça relaciona	da)	
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitado	os									
-	Procedimento		Descrição				- :			olic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30733065 2- 22 30733103			PARO OU SUTURA D STABILIDADE FEMOR							1 1	
3- 22 30733103 3- 22 30733073					•			•		1	
3- 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 1 4- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1											
5- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 1 1									1		
6- 18 60024151		. ALU	UGUELTAXA DE APA	RELHO / E	QUIPAMENTO	PARA A	RTROSCO	PIA PAR	1	1	
7-	 	_							_ _ _ 	.	
9-	ı—ı—ı—l— _	_							_ 	-l	
10-										-ı	
11-	_ _ _	_i							<u>i_i_</u>		
12-	_ _										
Dados da autorização			15								
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 12											
42 - Código na Operadora / CN	NPJ autorizado	ł i	Nome do Hospital / Local Autor							44 - Código CNES	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104									6528104		
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 17/02/2023 / Empresa / Titular: MARCIA PELISSON 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
I I I I I I I I I I											



90217256

Unimed 1

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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	а	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora				
343269		90217256		90217256	17/02/2023 08:10	90217256				
Dados do Beneficiário										
7 - Numero da Carteira		8 - Nome								
0050000005566498 DANIEL PELISSON CAMARGO										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	1 - E-mail					
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICA‡AO CLINICA EM INDICA‡AO CLINICA EM										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do It		Descrição			Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So					
21 - Registro ANVISA do materi			22 - Referência do m		:	23 - Nº Autorização de Funcionamento				
1- 00 70627657	PL		RA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.700	011 PLAC _ 1	,	_ _ 1 _ _ , _				
10208610040			CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I _					
2- 00 00597007	PA	RAFUSO INTERFEREN	CIA REABSORVIVEL GENTLE THREAD	OS CABE 1	,	_ _ 1 _ ,				
80044680085		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>	_ _ _ _	I.					
3- 00 00116700	CA	NETA ABLACAO RF ST	RIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 2	200 1	,	_ _ 1 _ _ ,				
80743230025		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT		I.					
4- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	1	1 1 1 1 1					
80777280006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT							
5-			<u> </u>							
	 	I								
6-		1	IIII	— 	 					
24 Fennsition 7 - 1 - 1 - 1		I 			·!					
24 - Especificação do material										
25 - Observações / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 17/02/2023 / Empresa / Titular: MARCIA PELISSON										
1										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					
_ _ / _ _ / _ _ _	_									