

89948894

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89948894 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 25/01/2023 11:37 89948894 31/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1580000008803177 30/06/2022 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **MIGUEL JORGE MERGULHAO MATEUS** 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 **DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA** 06 19475 225270 41 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 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 28/01/2023 00:00 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 2 S 1 Ν 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO 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 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 2- **22** 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 3- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 4- 98 08011961 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENF - UNIORTE 5- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 6- 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 2 1 _|_|/|__| 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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 25/01/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CASCA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Londrina

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº 89948894 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciad	a	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
34326		89948894		89948894	25/01/2023 11:37	89948894
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
1580000008803177 MIGUEL JORGE MERGULHAO MATEUS						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail	
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código d	Item 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - I	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do ma		200011940	22 - Referência do material no fal			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 78890578	AN	ICORA FLEXIVEL COM	APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN	N I I 1	1 1 1 1 11	111 111111
80083650087			RCIO DE IMPLANTESORT	· <u> </u>	 	
	A.N.		GGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL JU	 	- 	
				3		
80044680086			RCIO DE IMPLANTESORT			
з- 00 00590045	LA	MINA PARA SHAVER S		2		_ _ 2 _ , _
80777280006			RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I_	
4- 00 00116700	CA	NETA ABLACAO RF ST	FRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	_ _ 1 _ ,
80743230025		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I_	
5- 00 70917540	CA	NULA PARA ARTROSC	OPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM	1	,	_ _ 1 ,
80777280003		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		L	
6- 19 78891361	SU	ITURA CIRURGICA AGU	JLHADA SUTURFIX - 0234241-075 - SUTURFIX,	<u> </u>	اراا_ارا	1
80083650084		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT	ii	<u> </u>	
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 25/01/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CASCA VEL						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	