

89614701

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89614701 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 16/12/2022 12:07 89614701 13/01/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 8650003721738002 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde ADISON HORACIO DA SILVA 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 **BRUNO BOSIO DA SILVA** 06 32301 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 21/12/2022 00:00 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 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 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 3- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 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 16/12/2022 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACI ONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89614701

Londrina

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-N° MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS		3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
्	343269		89614701		89614701	16/12/2022 12:07	89614701
Dados do Beneficiário							
7 - Numero da Carteira 8 - Nome							
8650003721738002 ADISON HORACIO DA SILVA							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail							
BRUNO BOSIC	DA SIL	/A					
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM							
OPME Solicitadas							
	Código do Ite	n 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 -	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVIS			200011940	22 - Referência do material no fa			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 7187	76561	ΔΝ	CORA COM SUTURA E	APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - A	\ 3	1 1 1 1 11	1 3
80083650063				RCIO DE IMPLANTESORT	. <u> </u>	III'1I	
	00045	1.41					
2- 00 00590045		LA	AMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 _ 2 _ _ , _ 2 _ , _				
80777280006				RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>	_	I-	_ _ _ _
3- 00 709	17540	CA	NULA PARA ARTROSC	COPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM	1 2	,	_ _ 2 _ _ ,
80777280003	0777280003 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESOŖ <u>T </u>						
4- 00 001	16700	CA	NETA ABLACAO RF ST	TRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	_ _ 1 _
80743230025			ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT		L	
5- 00 0059	96221	GU	IA FLEXIVEL PASSADO	OR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M			1
80743230002				RCIO DE IMPLANTESORT	<u> </u>	III'I'	
	19817	ΕO		TIPO PERFURADOR VOLMED 2VIAS AEQU 05			
81130100013	13017	Lu			' 		'
			ARTHROW COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		l-	
24 - Especificação do material 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/12/2022 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACI ONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL							
l							
26 - Data da Solicita	ıção	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
_ / /	•					. , , , , , ,	