

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

9141921*1* 

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91419217 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 02/06/2023 11:50 91419217 05/08/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1753376026492004 30/06/2023 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **IVAN SERGIO SILVEIRA DIAS** 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 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF **BRUNO BOSIO DA SILVA** 225270 06 32301 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 17/06/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C 1 S Ν 1 28 - Indicação Clínica REPARO LESAO LABRAL 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) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 2- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 3- **22** 30735041 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |\_\_|\_| 7- |\_\_|\_| 8- |\_\_|\_| 9- |\_\_|\_| 10-| | | 11-12-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 02/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL SUL GOIAS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

"	- Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuí	
343269		91419217		91419217	02/06/2023 11:50		91419217
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1753376026492004							
8 - Nome							
IVAN SERGIO SILVEIRA	DIAS						
Dados do Profissional Solicita							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
BRUNO BOSIO DA SILVA							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica REPARO LESAO LABRAL REPARO LESAO LABRAL AUTORIZADO CONFORME	UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>00</b>		OCATER ARTROSCOPICO	•			_  2	,
80371250020			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 101068301 80743230075			LAR RF - ELBART007 - ART BEVEL 3,0 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>		_  1	,
3- <b>00 00322229</b>		GANCHO COMPRESSAO SUTURA EXS2 741980000				_  1	_ ,
80356130057	O.A.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u>   </u>	_I '	III''II
4- 00 78890578	AN		LICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A	3		_  3	_ ,
80083650087			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1 •	ı—ı—ı—ı"ı—ı—ı
5-						_	_ ,
6-   _					_   _ _ , _	_	,
	-					_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL SUL GOIAS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO LTDA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		