

90211567

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 90211567 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 16/02/2023 15:08 90211567 28/04/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0320000084756551 16/12/2023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **VINICIUS IGLESIAS BARBARI DE OLIVEIRA** 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 04/03/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 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 1 1 N Ν 28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR 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 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 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 1 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 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: 04753294900 em 16/02/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: U NIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 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 2-№ 90211567 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS 3 - Numero Guia Referenciada			4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora	
343269	3 - Numero Guia Referenciada	90211567	4 - Sellila	90211567	16/02/2023 15:08	0 - Numero da Guia ambuldo pela Operadora	90211567
		90211367		90211567	16/02/2023 15:08		90211367
Dados do Beneficiário		T- 11					
7 - Numero da Carteira		8 - Nome					
0320000084756551		VINICIUS IGLESIAS BA	ARBARI DE OLIVEIRA				
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitar	nte		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
BRUNO BOSIO DA SIL	VA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ite 21 - Registro ANVISA do materia		Descrição	22 - Referência do material no fa		Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitá 23 - Nº Autorização de Funcionamento	rio Autorizado
1- 00 00162477		NULA MICRODEBRIDAC	CAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000	2	1 1 1 1 11	2	
80356130052	3.		CIO DE IMPLANTESORT		' 		
2- 00 00241202	TD		CO 8,25X90MM PARTRO009	 	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		<i>;</i> —!—!—!
80371250020	TIKK			 			!!!
	DO		COO DE IMPLANTESORT	 			!!!!.
3- 00 00608459	PUI		JS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	.D 1		'	!:!!
80082910131			COO DE IMPLANTESORT			_ _ _ _	!!!
4- 00 78890578	ANG		APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A	N 3	<u>-</u> -	_ _ 3	· :
80083650087			CIO DE IMPLANTESORT	.		_ _ _ _ _	!!!! .
5- 00 00619817	EQI		IPO PERFURADOR VOLMED 2VIAS AEQU 05	_	.		· :
81130100013			CIO DE IMPLANTESORT	.			1_ _ _
6- 00 00110116	CAI	NETA PARA ABLACAO		1	,	_ _ 1 _ _	,
80743230025		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>	.	-	_ _ _	1
24 - Especificação do material 25 - Observações / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04753294900 em 16/02/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: U NIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização							
1 1 1/1 1 1/1 1 1	1 111			H			