

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91706628

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	1										
4 - Data da Autorização		5 - Senha 6 - Data de Validade da			dade da Senha						
29/06/2023 17:29			91706628		28/08/20	23					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	alidade da Carteira		9 - Atendimen					
0050000002226459)		19/0	2/2024		N	J				
50 - Nome Social											
10 - Nome ANTONIO CESAR	SORIAN	NI									
Dados do Contratado	Solicitant	e									
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissiona DANIEL FERREIRA			RA		15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselho 19475		17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solic	itado / Dados	da Internação							1	
19 - Código na Operador			-	al / Local Solicitade	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	1	UN	IORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA	LTDA			05/07/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen	H ' '		ção 24 - Regin	24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - F		revisão de uso de OPI S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA											
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	sional) 32 -	CID 10(4) (opci	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loenca relacionada)
20 0.2 10 1 miospai (op	0.0.10.7	00 0.2 10(2	, (opolonal)	3.	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	5.5 .5(.) (opo.	orial,	- Indicação do 70		9	
Procedimentos ou Iten									07	0.1.0.1	00 011 4 1
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307350		ocedimento			CEDIMENTO	VIDEOARTE	ROSCO	PICO DE OMBR		- Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307350								VIDEOARTROSC			1
3- 22 307350								O VIDEOARTRO			1
4- 22 307350 5- 18 600003				A DA PORCAO ACOMPANHAN				IMENTO VIDEO	ART 1 1		1
6- 18 600005				APARTAMEN1		FEICAU CUI	WIFEE	A	1		1
7- 18 600241						PAMENTO F	PARA A	ARTROSCOPIA F	PAR 1		1
8-	_ _ _								L	_	
9-		_								_	
10- _ 11-	 	-lll 							- 	_ 	
12-	ii_								i_	_ _	 _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	lmissão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acom	odação autoriza	ida				
42 - Código na Operador		J autorizado		lospital / Local Auto							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/06/2023 /**equipo 4 visa - pago em conta / Empresa / Titular: ANTONIO CESAR SORIANI											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Resp	onsável 49 - Ass	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenc		4 - Senha		5 - Data da Autorização	do pela Operadora				
343269		91706628		91706628	29/06/2023 17:29		91706628			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000002226459										
8 - Nome										
ANTONIO CESAR SOR	IANI									
Dados do Profissional Solic	itante									
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	I1 - E-mail					
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA									
Dados da cirurgia			·							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A **equipo 4 visa - pago em c	ANEXO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento					
1- 00596221			SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES			_ 1	,			
80743230002			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	•—•	 	-•	1			
2- 00 71502718	ANC	ORAS FLEXIVEIS JUGGI	ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEX	IVEL J _ 3	_ _ ,	_ 3	,			
80044680086		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	TDA _ _ _						
3- 00 00590045	LAN	IINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	<u> </u> 2	,	_ 2	,			
80777280006		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	TDA _ _ _						
4- 00 00116700	CAN	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 2	00 _ 1	,	_ 1	_ _ , _			
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	1111						
5- 00 70917540	CAN		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANU		,	_ 1	,			
80777280003		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	TDA _ _ _						
6- _ _ _ 	_ _ _ _				 _ _ ,	_l	,			
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa		20/2020 /##		10 0504B 00B:***						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/06/2023 /**equipo 4 visa - pago em conta / Empresa / Titular: ANTONIO CESAR SORIANI										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura c	do Responsável pela Autorização					