

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90521619

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269	o rraine		iourus poiu opera			9052	1619				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid		1					
17/03/2023	10:18		90521619		21/05/2023	<u>i</u>					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 1870000005134378			11	llidade da Carteira 3/2027		- Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social			0170.	5/202/							
30 - Nome Social											
10 - Nome											
JOAO RICARDO CA	AMPAN	IO LUCILHA	4								
Dados do Contratado S	Solicitante	е									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ontratado ORTOPEDIA ES	CDECIALIZAD	A 1 TD A					
14 - Nome do Profissiona		nto.	UNIORTEC	OR TOPEDIA E			ا امم	16 - Número do Co	naalha	17 - UF	18 - Código CBO
DANIEL FERREIRA			IRA		11	15 - Conselho Profissional 16 - Número 19475			41		225270
Dados do Hospital / Lo											
19 - Código na Operadora			-	al / Local Solicitado)				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA			22/03/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendiment	o 23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPI	ME 27 - F	Previsão de i	uso de Quimioterápico
1		С		1	2			<u> </u>			N
29 - CID 10 Principal (opc	cional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cl	0 10(4) (opcion	nal)	33 - Indicação de A	,	cidente ou d	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens			dos								
34 - Tabela 35 - Códi		ocedimento	36 - Descrição	LACTIA DDO	CEDIMENTO V	DECARTO	0000	NCO DE OMBR		- Qtde. Soli	
1- 22 3073503 2- 22 3073500								PICO DE OMBR IDEOARTROSO			1
3- 22 307350								O VIDEOARTRO			1
4- 18 600008	05		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LI	ITOS COM	BANHI	EIRO PRIVATIV	0 2		2
5- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO P	ARA A	RTROSCOPIA F	PAR 1		1
6- _ _ 7- _ _	_ _	_ 								-	_
	 	! 							 	-ll -l l	_
9-	 _	 									 _
10-	_ _ _								L	_	_
	_ _	_								_	
12-	_ _	.							_	-	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
39 - Data provavei da Adi	missao no	ospitalar 40	2	1	- Tipo de Acomod	ação autorizad	а				
								44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PATO BRANCO											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	u Respoi	nsável 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

					5 - Data da Autorização						
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha				ibuído pela Operadora				
343269		90521619		90521619	17/03/2023 10:18		90521619				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
1870000005134378											
8 - Nome											
JOAO RICARDO CAMPANO LUCILHA											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail						
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLÍNICA EM A INDICAÇAO CLÍNICA EM A AUTORIZADO CONFORMI	ANEXO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autoriza	ada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SET		<u> 2</u>		_ 2	,				
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1	,				
80743230025	044		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
3- 00 70917540 80777280003	CAP		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>		_ 1					
	241	NCHO COMPRESSAO SU									
4- 00622494 80356130057	GAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	- - - -				
5- 00 78890578	A N/C		LICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 -	A 3		3					
80083650087	ANC		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	^ <u> </u>		_ 3	,				
6-		AKTIIKOW COWLIK	NO DE IMI EARTEGORTOI EDIGOGETDA								
	!!!!! 					_l	III·I·I				
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 17/0	03/2023 /AUTORIZADO COM	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / 1	itular: UNIMED PATO BRA	ANCO						
00. Data la 0. ". ". "	107 4 4 4 5	Control Out to		100 * * * *	. D						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	otissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização						