

89356801

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89356801 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 22/11/2022 12:38 89356801 28/01/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0320000061536300 06/04/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **ANELISE DALDIN OLIVIERI** 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 **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** 06 22343 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 30/11/2022 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 23 - Tipo de Internação 2 S 1 1 Ν 1 28 - Indicação Clínica SEGUE PEDIDO MEDICO 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 30734010 SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TOR 2 2 2- 22 30734053 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR 2 2 3- **98** 08011980 PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - APT - UNIORTE 1 1 4- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 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 12 _|_|/|__| 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: 06827478904 em 22/11/2022 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CUR ITIBA 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



89356801

Londrina

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269		89356801		89356801	22/11/2022 12:38	89356801
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0320000061536300 ANELISE DALDIN OLIVIERI						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	- E-mail	
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MAR	RTINS				
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica SEGUE PEDIDO MEDICO EM ANEXO. SEGUE PEDIDO MEDICO EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Ite	em 15 -	Descrição	1	6 - Opcão 17 - C	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materia		200011940	22 - Referência do material no fabrica			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	2	_ _ _ ,	_ _ 2 _ _ , _
80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
2-					_ _ _ ,	
3-						
			1111111			
4-						
5-				 		
	<u></u>					
1 						
			.,	, ,,. _		
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 06827478904 em 22/11/2022 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CUR						
ITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante	28	- Assinatura do F	Responsável pela Autorização	
/ / /	<u> </u>					