

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90969874

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Gu	ia Atribuído pel	la Operadora									
343269				90969	874						
4 - Data da Autorização 25/04/2023 17:47 5 - Sen		6 - Data de V	alidade da Senha 26/06/2 0	23							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carte	ira	9 - Atendimento d	de RN						
0333100038012038		31/12/2023		N							
50 - Nome Social											
JOAO VICTOR SOARES TIZZIAN	E										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora	11	me do Contratado									
10.246.214/0001-04	UNIOF	RT E ORTOPEDIA	ESPECIALIZ#	DA LTDA							
14 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA				onselho Profission	16 - Número do C 30165	Tonselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270					
Dados do Hospital / Local Solicitado / D	ados da Intern	nação									
19 - Código na Operadora / CNPJ	11	o Hospital / Local Solicit				21 - Data sugerida para Internação					
10.246.214/0001-04	UNIORT E	ORTOPEDIA ESI	PECIALIZADA	LTDA		29/04/2023 00:00					
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de I	nternação 24	4 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Dia	rias Solicitadas 7	26 - Previsão de uso de OP S	PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N					
28 - Indicação Clínica REVALIDAÇÃO DA GUIA 89824711	<u>'</u>										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID		al) 31 - CID 10(3) (d	32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de A	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9					
Procedimentos ou Itens Assistenciais S	olicitados										
34 - Tabela 35 - Código do Procediment 1 - 22	CONE RECC TRAN DIARI	ONSTRUCAO, RETI ISPOSICAO DE MA IA DE QUARTO CO	ENCIONAMEN AIS DE 1 TEND DLETIVO DE 2 ARELHO / EQU	TO OU REFOR(AO - TRATAME LEITOS COM E PAMENTO PA	BANHEIRO PRIVATIV RA ARTROSCOPIA I	CR 1 1 1 1 1/0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diá	árias Autorizadas	41 - Tipo de Acom	odação autorizada	7						
42 - Código na Operadora / CNPJ autoriza	do 43 - Nor	me do Hospital / Local A	1 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 25/04/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED JOAO PESSOA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 90969874		4 - Senha 90969874		5 - Data da Autorização 25/04/2023 17:47	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90969874						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social										
0333100038012038												
8 - Nome												
JOAO VICTOR SOARES TIZZIANE												
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail							
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA												
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica REVALIDAÇÃO DA GUIA 88 REVALIDAÇÃO DA GUIA 88 AUTORIZADO CONFORME	824711											
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento							
1- 00 00590045 80777280006	LAN	IINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,_ ,_ ,_	_ 1	,					
2- 00 72320907	nis		E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -		 	1						
80044680067	5.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLIDA		" - 	i ·	I—I—I—I"—I—I					
3- 00 00597007	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1		_ 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1					
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _		 -						
4- _					_	_	,					
						_ _						
5- _					_ _ _ , _	_	,					
	_			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _						
6-					_	_	_,					
			<u> </u>			_ _						
24 - Especificação do Material												
25 - Observação / Justificativa	72 0000 / Emitido om 25/	04/2022 /ALITOPIZADO CO	NEODME LINIMED DE OPICEM / Emproca / Titula	or: LINIMED IOAO DE								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/04/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED JOAO PESSOA												
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização							