

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90924726

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Númei	ro da Guia A	tribuído	pela Opera	dora								
343269					[= = · · · · ·			9092	4726				
4 - Data da Autorização 20/04/2023	11	5 - Senha	90	924726	6 - Data de Va		Senha /06/2023						
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira				- 11	idade da Cartei	ra	9 -	Atendimento	de RN				
0050000003156322				12/07	//2023			N					
50 - Nome Social													
10 - Nome FERNANDO FERR	UDA NEI	IVA											
Dados do Contratado S	Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operador	a .		13 - 1	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04			UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA							15 - Conselho Profissional 16 - Número do 32301			16 - Número do C 32301	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicit	ado / Dado:	s da Inte	ernação								1	
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 29/04/2023 00:00 21 - Data sugerida para Internação 29/04/2023 00:00											•		
22 - Caráter do Atendimen		Tipo de Interr							00 D	evisão de uso de OP			uso de Quimioterápico
1	23 -	C C	iação	24 - Regim	e de Internação 1		tde. Diárias 1	Solicitadas	20 - PI	S	TIVIE 27 -	Previsão de i	N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opci	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			oença relacionada)	
Procedimentos ou Iten	s Assisten	nciais Solici	tados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307311 2- 22 307360 3- 18 600008 4- 18 600241 5-	19 56 05	 _ _ _	TEI RE DI <i>A</i>	CONSTRI ARIA DE (UGUELT <i>A</i>	QUARTO CO	ENCIONA DLETIVO RELHO	MENTO DE 2 LEI / EQUIPA	OU REFOI TOS COM MENTO P	RCO D BANH ARA A	CIRURGICO DE LIGAMENTO HEIRO PRIVATIV HRTROSCOPIA	1 # - P 1 /O 1 PAR 1 _	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
Dados da autorização		9 . 1 1 . 42	0. 011	Diritor A. I		. T		~	_				
39 - Data provável da Ad	missão hos	spitalar 40		Diárias Auto		1	e Acomodaç	ão autorizad	а				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104								44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/04/2023 / Empresa / Titular: RENATO QUEIROZ NEIVA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	90924726		90924726	20/04/2023 15:13	9092472	
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000003156322						
8 - Nome						
FERNANDO FERRUDA	NEIVA					
Dados do Profissional Solic						
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
BRUNO BOSIO DA SIL	VA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica RUPTURA DE BICEPS RUPTURA DE BICEPS						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I			16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 75043114		CADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09		_ _ ,	_ 1	
80083650067		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLEDA				
2- 00 72320915 80044680067		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_ ,	_ 1	
3-	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESON TOPEDICOSETDA				
					_	
4-			1 1 1 1			
5- _	_ _ _			_ _ _ ,	_	
					_ _	
6-				_		
24 - Especificação do Materia						
24 - Especificação do Materia						
25 - Observação / Justificativa		DENIATO OLIFIDOZ NEIVA				
releione Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 20/04/2023 / Empresa / Titular:	KENATO QUEIKOZ NEIVA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		