



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90183197

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90183197
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 14/02/2023 17:10	5 - Senha 90183197	6 - Data de Validade da Senha 16/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 9941707507755009	8 - Validade da Carteira 30/06/2022	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome WENDEL RODRIGUES BRIZOLA		11 - Cartão Nacional de Saúde 700004077545506

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19475	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 15/02/2023 00:00			
22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N

28 - Indicação Clínica
INDICAÇÃO CLÍNICA 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

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30717108	FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
2- 22	30710030	RETIRADA DE PLACAS	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar / /	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de acomodação autorizada 1
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		

45 - Observação
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 14/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A

46 - Data da Solicitação / /	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---



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

2 - Nº

90183197

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90183197	4 - Senha 90183197	5 - Data da Autorização 14/02/2023 17:10	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90183197
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 9941707507755009	8 - Nome WENDEL RODRIGUES BRIZOLA
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM
--

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do material		22 - Referência do material no fabricante				23 - Nº Autorização de Funcionamento	
1- 00	72252391	SPBA-S - SISTEMA DE FIXACAO RIGIDA DE PLACAS ESPECIAIS BLOQU		1		1	
10247700053		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00605476	PARAFUSO DE BLOQUEIO PBA 3,5X18MM 169-35-18		10		10	
10247700043		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 14/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGU RADORA S/A

26 - Data da Solicitação _ _ / _ _ / _ _ _ _	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---