

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93559447

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93559447 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 20/12/2023 11:33 93559447 18/02/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000000614931 20/01/2026 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **GABRIELA LUZZI CARNEIRO DAFONTOURA** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 225270 **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** 06 22343 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 27/12/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 s Ν 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR 1- 22 30734053 2- 98 08011980 PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - APT - UNIORTE 1 3- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 4- |__|_| 6- |__|__| 11-12-___ I I I I I $I \quad I \quad I \quad I$ Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/12/2023 / Empresa / Titular: PAULO ORESTES HOFFMANN CARNEIRO DAFONTOURA 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 Guia no Prestador

Unimed #

1 9 11	3 - Número da Guia Referer	nciada	Senha		5 - Data da Autorização	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93559447		93559447	20/12/2023 11:33		93559447
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
005000000614931							
8 - Nome							
GABRIELA LUZZI CARNEIRO DAFONTOURA							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante		10 - Telefone	11	1 - E-mail			
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							
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 Mate		22 - Referência do materia		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 76221229 10247700123	AN		RSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR	<u> 2 </u>		_ 2	_ ,
2- 78891353	en		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA ADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX,			I 1	
80083650084	30		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		- -	_ '	,
3- 00 100066879	CA		RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-			1	
81288540024	-		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			—I ·	1-1-1-171-1-1
4-						_	,
	_ _ _					_ _	
5- _					_ _ _ , _		_ _ , _
					_ _ _ _	_ _	
6-				_	_	_ _ , _	
						_ _	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/12/2023 / Empresa / Titular: PAULO ORESTES HOFFMANN CARNEIRO DAFONTOURA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		