

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95129641

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 95129641 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 15/05/2024 10:29 95129641 14/07/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1470000002135913 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **PAULO ROBERTO ZARPELAM** 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 **MARCUS VINICIUS DANIELI** 06 18734 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 15/05/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação C 1 S Ν 1 28 - Indicação Clínica OSTEOCONDROPLASTIA ESTABILIZACAO RESSECCAO EOU PLASTIA 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 1- 22 30733057 MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO 2- **22** 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 3- **18** 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |\_\_|\_| 8- |\_\_|\_| 9- |\_\_|\_| 11-12-I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 15/05/2024 / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 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 -	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		95129641		95129641	15/05/2024 10:29	95129641
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social						
1470000002135913						
8 - Nome						
PAULO ROBERTO ZARPELAM						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	1 - E-mail	
MARCUS VINICIUS DANIELI						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA OSTEOCONDROPLASTIA ESTABILIZACAO RESSECCAO EOU PLASTIA						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- 00499293	CA		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_  1	_ _ _ ,	_  1    _ _ , _
80356130052		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	-	_ _ _	
2-	 			-  _     _		
	  _  _ _				_	
4-				_  _   _	_	_
						_ _
5-   _				-  _   _ _	_	_! .   _   _   _
	.     			-	_ _ _ _	
				·		_
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2024 / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	