

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

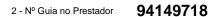
94149718

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 94149718 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 21/02/2024 16:55 94149718 29/04/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0970000009273179 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **GABRIELA RIBEIRO DE FARIA MOREIRA** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 17 - UF 16 - Número do Conselho **DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA** 225270 06 19475 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 28/02/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C 1 2 S Ν 28 - Indicação Clínica CAPSULITE ADESIVA EM OMBRO 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 30734010 SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORN 1 1 2- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 3- **18** 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 2 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 5- |__|_| 6- |__|__| 11-12-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 21/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** EQUIPO PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: UN IMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	H	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	
343269		94149718		94149718	21/02/2024 16:55		94149718
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
0970000009273179							
8 - Nome							
GABRIELA RIBEIRO D	E FARIA MOREIRA						
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail							
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO CAPSULITE ADESIVA EM OMBRO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** EQUIPO PAGO EM CONTA							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00499293	CAN		O OB F 2,9X5,5MM 892350000			_ 2	_ _ , _
80356130052	A 3.1/		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
2- 00 71502718 80044680086	ANC		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 3	,
	C41				_		
3- 00 00116700 80743230025	CAP		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,
	CA1				_		
4- 00 00622494 80356130057	GAI	NCHO COMPRESSAO SU	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ _ _ ,
5- 00241202	TDC	OCATER ARTROSCOPICO			_	1 4	
80371250020	INC		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,
6- _		ARTINOM COMERC	SIO DE IMI EANTEGORTOI EDIGOGETDA				
					_	-I	IIII ¹ III
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 21/	02/2024 /AUTORIZADO CON	NFORME UNIMED DE ORIGEM *** EQUIPO PAGC	DEM CONTA / Empres	a / Titular: UNIMED REGIONAL	MARINGA COOPERATIVA	DE TRABALHO MEDICO
	15			10			
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		