



(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 90313866 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 28/02/2023 12:13 90313866 07/05/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1470000002110023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **WELLINGTON VICENTE LUIZ** 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 16 - Número do Conselho 18 - Código CBO 17 - UF **DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA** 06 19475 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 06/03/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 25 - Otde, diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 23 - Tipo de Internação 2 S 2 Ν 1 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 89614885 POR ENGANO CANCELEI 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 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 2- **22** 30735050 LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE 1 1 3- **22** 30735041 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 2 1 _|__|/|__| 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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 28/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORN ELIO PROCOPIO COOPÉRATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



90313866



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora	
343269		90313866		90313866	28/02/2023 12:13		90313866
Dados do Beneficiário							
7 - Numero da Carteira 8 - Nome							
1470000002110023 WELLINGTON VICENTE LUIZ			TE LUIZ				İ
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1[11	I - E-mail		
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA			To Toloidio		- E maii		İ
	KNANDES VIEIKA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO - REVALIDAR A GUIA 89614885 - POR ENGANO CANCELEI INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 89614885 POR ENGANO CANCELEI AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do It		Descrição	CO. Patanôn sia da matarial na taba		Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So		rio Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi			22 - Referência do material no fabr			23 - Nº Autorização de Funcionamento	
1- 00 71502718	AN		GGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL JU	3	,	_ _ 3 _ _	,
80044680086		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>	_	I ₋	_ _ _ _	
2- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SI	ETORMED - 001030306	2	,	_ _ 2 _ _	ı ,
80777280006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT	_ _	L		
3- 00 00116700	CA	NETA ABLACAO RF ST	RIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200				1.1
80743230025	-		CIO DE IMPLANTESORT	 	III/I		
			OPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM	_ 			
80777280003	UA.		CIO DE IMPLANTESORT	-			!'
		AKTHKOW COWER	CIO DE IMPLANTESONI	_			<u>/ </u>
5- _				<u> </u>			!: !
	_			_	_ _		í—I—I—I
6- _	_			.	_ _ _ ,		,
	_			_	_ _		i _
24 - Especificação do material							
25 - Observações / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 28/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORN ELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante	:	28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
_ _ / _ / _ _ _	_						