

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93823532

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia <i>l</i>	Atribuído	pela Opera	dora								
343269				93823532									
4 - Data da Autorização 22/01/2024 18:05		93	93823532 6 - Data de Validade da 3			Senha /03/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteira		9 -	Atendiment	o de RN				
0050000032382831				12/02	/2026			N	l				
50 - Nome Social										<u></u>			
10 - Nome													
VALGMERE CAMII	O ARE	NGUE											
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operador			11	Nome do Co									
10.246.214/0001-04			UNI	ORT E O	RTOPEDIA E	SPECI	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissiona							15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
FABIO FRAGA MA							06			39832		41	225270
Dados do Hospital / Lo				•							11		
19 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		- 11			I / Local Solicitad		740417	DΑ			21 - Data	a sugerida p	ara Internação
									11				
22 - Caráter do Atendimer 1	to 23 -	Tipo de Inter	nação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de C S	OPME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO DE LCA MENI			<u> </u>										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			0(2) (opci	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionad 9			oença relacionada)	
Procedimentos ou Iten	s Assiste	nciais Solici	itados				1						
1- 22 307330 2- 22 307330 3- 22 307330 4- 22 307312 5- 18 600008 6- 18 600241 7- _ 8- _ _ 10- _ 11- _ 12- _ Dados da autorização	65 49 73 16 05 51 	cedimento	RE OS RE TR. DIA AL	TEOCON CONSTRI ANSPOSI ARIA DE (UGUELTA	DROPLASTIA JCAO, RETEN CAO DE MAIS QUARTO COL AXA DE APAR	- ESTA ICIONA B DE 1 T ETIVO ELHO	ABILIZAC AMENTO TENDAO DE 2 LEI / EQUIPA	AO, RESS OU REFO - TRATAM TOS COM MENTO P	SECCA PRCO D MENTO MENTO MENTO MENTO	HEIRO PRIVAT ARTROSCOPIA	ROSC 1 TIA # 1 D CR 1 1 IVO 1 A PAR 1	- Qtde. Soli	2. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Ac	lmissão ho	ospitalar 4	0 - Qtde	Diárias Auto	11	- Tipo de	e Acomodaç	ão autoriza	da				
1 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Loca UNIORT E ORTOPEDI												44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justific Telefone Contratado:	(43)3372-) ARENGUE



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	nciada 93823532	4 - Senha	5 - Data da Autorização 22/01/2024 18:05	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93823532		
		93023332		93823532	22/01/2024 16.05		93023332
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		OO Nama Casial					
		29 - Nome Social					
0050000032382831							
8 - Nome	DENOUE						
VALGMERE CAMILO A							
Dados do Profissional Solid			V	11.	. =		
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
FABIO FRAGA MALUL	I DE OLIVEIRA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica EM ANEXO LESAO DE LCA MENISCA **** EQUIPO 4 VIAS PA		ERDO					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização			
1- 00 76630471	CA		AT - 161 07 10 08 TIPO 07 4,5 X 120 MM , CM	1		_ 1	,
80777280105	DI 4		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 75787083 10223680100	PL/		TON - IOL - 40040413251 PLACA ENDOBOT CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	_ ,	_ 1	,
3- 00 72215755	PΔI		ENCIA REABSORVIVEIS BIOMET - 905629 -			_ 1	,
80044680085	IA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	
4- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	3		_ 3	
80044680449	_		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			1
5- _					_	_	,
_ _ _	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
6- _					_	_	_ ,
	_ _ _		_		_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa							
		01/2024 /**** EQUIPO 4 VIA	S PAGO EM CONTA **** / Empresa / Titular: VAL	LGMERE CAMILO AF	RENGUE		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	 ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	- /			20 / 100	Title I loar or pola / later Edydo		