

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90747552

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - I	Número da Guia A	Atribuído pela Op	eradora						
343269					9074	47552			
4 - Data da Autorização 05/04/2023 11:	5 - Senha	9074755	6 - Data de Vali	dade da Senha 04/06/2	1				
Dados do Beneficiário	49	907473		04/00/2	723				
7 - Número da Carteira		8 -	Validade da Carteira	l	9 - Atendiment	o de RN			
0050000045297200		01	/08/2024		N				
50 - Nome Social									
10 - Nome JAIR JOSE BATISTA DA SILVA									
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora		13 - Nome d		CDECIAL IZ	ADA I TDA				
10.246.214/0001-04 14 - Nome do Profissional Sol	icitante	UNIORTE	ORTOPEDIA E		Conselho Profissi	ional 16 -	Número do Co	onselho 17 -	UF 18 - Código CBO
DANIEL FERREIRA FE		IEIRA		06	11 11			41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	os da Internação)						
19 - Código na Operadora / C	11		spital / Local Solicitad					·	ida para Internação
10.246.214/0001-04			RTOPEDIA ESPE			1		10/04/2023	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	nação 24 - Re	gime de Internação 1	25 - Qtde. D	árias Solicitadas 3	26 - Previsão	de uso de OPN	ME 27 - Previsā	o de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM /	NEXO								
29 - CID 10 Principal (opciona	n 30. CID 4	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional\ 22.	CID 10(4) (opcio	nnal) 33l	ndicação de A	ridente (aridente	ou doença relacionada)
29 - GID 101 IIIIGIPAI (OPCIONAI)		(C) (Opolorial)	or elb re(e) (epoieman)		oz old re(i) (opelional)		9		ou dooniga roladionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados							
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 98 08011961 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7-	Procedimento	RUPTURA RESSECO PCT ART DIARIA D	OPLASTIA - PRO A DO MANGUITO CAO LATERAL D ROSCOPIA DE C E QUARTO COL LTAXA DE APAR	PROTADOR A CLAVICU DMBRO - EN LETIVO DE 2	- PROCEDIMI LA - PROCED F - UNIORTE LEITOS COM	ENTO VIDE IMENTO VII I BANHEIRO PARA ARTR	OARTROSC DEOARTRO D PRIVATIV	OP 1 SC 1 1 0 2	. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 2 1
35 - Data provavel da Admiss	ao nospitalar 4	10 - Qtde Diarias 3	Autorizadas 41 1	- Tipo de Acon	iouação autorizad	ud			
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	:NPJ autorizado	43 - Nome d	D Hospital / Local Aut		ADA LTDA				44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/04/2023 / Empresa / Titular: DORI ALIMENTOS SA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização									



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	ciada 90747552	4 - Senha		90747552	5 - Data da Autorização 05/04/2023 11:49	6 - Número da Guia a	atribuído pela Operadora 90747552
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social								
0050000045297200								
8 - Nome								
JAIR JOSE BATISTA D								
Dados do Profissional Solici			11		10.			
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone		1	1 - E-mail		
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autor	izada 20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 71502718				ANCORA FLEXIVEL J	3		_ 3	_ _ ,
80044680086		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESOF	RTOPEDICOSLTDA	 _ _ _			<u> </u>
2- 00 00590045					<u> </u> 2	_ _ _ ,	_ 2	,
80777280006	777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					_ _ _		
00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200				M CAP ST 90 200	1	,	_ 1	,
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESOF	RTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
4- 00 70917540	CAI	NULA PARA ARTROSCOI			1	,	_ 1	,
80777280003			CIO DE IMPLANTESOF	RTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
5- 00 00622494	GA	NCHO COMPRESSAO SU			<u> </u>		_ 1	,
80356130057		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESOF	RTOPEDICOSLTDA				
6- 	_		1 1 1 1 1 1 1				_	,
04			-				II	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		04/2023 / Empresa / Titular:	DORI ALIMENTOS SA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		