

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92899394

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela O	peradora							
343269						92899394				
4 - Data da Autorização 19/10/2023 12:	5 - Senha	928993	6 - Data de Va		enha 2/2023					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 0050000004284146		- 11	<ul> <li>Validade da Carteil</li> <li>5/05/2025</li> </ul>	ra	9 - Ate	ndimento de RN <b>N</b>				
50 - Nome Social			3/03/2023							
30 - NUITIE SUCIAI										
10 - Nome JOAO LUCAS FANTIM PRADO										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	do Contratado E ORTOPEDIA	ESDECIA	1 1 <b>7</b> 4 D A 1 .	ΓDΛ				
14 - Nome do Profissional So	licitante	UNIOKI	EORIOFEDIA		15 - Conselho		16 - Número do C	onselho 17	- UF   18 - Código CBO	
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ				† †	06 17905			41		
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	os da Internaçã	io							
19 - Código na Operadora / C	11		ospital / Local Solicita		4D4 LTD4			· I	erida para Internação	
10.246.214/0001-04			ORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ						//2023 00:00	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	rnação   24 - R	egime de Internação 1	25 - Qto	de. Diárias Soli <b>1</b>	citadas   26 - Pr	S S	ME   27 - Previs	ão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (o		o(z) (opcioriai)	31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9		te du doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As										
1- 22 30733030 2- 22 30733073 3- 22 30731216 4- 18 60000554	o Procedimento	RECONS TRANSP DIARIA I	OPLASTIA (COM STRUCAO, RETE POSICAO DE MA DE APARTAMEN	NCIONAN IS DE 1 TI NTO SIMP	MENTO OU ENDAO - T LES	REFORCO D RATAMENTO	O LIGAMENTO CIRURGICO	NTO 1 CR 1 1 1	e. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1	
5- <b>18 60024151</b> 6-	1111	ALUGUE	ELTAXA DE APA	KELHO/I	EQUIPAME	NIO PARA A	K I KOSCOPIA I	PAR 1	1 1 1 1 1	
7-										
Dados da autorização  39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Diárias	Autorizadas 4	1 - Tipo de A	Acomodação	autorizada				
Data provavorua Auriliss	ao noopitalal		11	2	.oomouação					
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	do Hospital / Local A		LIZADA L	ΓDA			44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/10/2023 / Empresa / Titular: VERA LUCIA FANTIM PRADO  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 <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referer	nciada <b>92899394</b>	4 - Senha 92899394			5 - Data da Autorização 19/10/2023 12:00	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92899394			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000004284146										
8 - Nome										
JOAO LUCAS FANTIM										
Dados do Profissional Solic					,					
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone		1	1 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ									
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		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento					
1- <b>00                                    </b>		MINA PARA SHAVER SET			2		_  2	_ _ , _		
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES			. <u></u> .		_ <b>.</b>	1-1-1-1/1-1-1		
2- <b>00 70627657</b>	PL	ACA ENDOBOTTON PARA	A LIGAMENTO ENGIMP	LAN - 102.70011 PLA	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_  1	,		
10208610040		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR	TOPEDICOSLTDA		_ _ _				
3- <b>00 00597007</b>	7007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL G			TLE THREADS CAB	1	,	_  1	,		
80044680085		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR	TOPEDICOSLTDA	_ _ _					
4-   _						_   _ _ , _	_	_ _ , _		
_ _	_ _ _		_	_ _ _	_ _	_ _ _ _ _	_ _			
5-	_ _ _					_   _ _ _ _ ,	_ _	,		
_ _ _ _ _ _	_ _ _		_	_	.	_ _ _ _	_			
6-            _	_ _ _					_	_	,		
			_	_			_			
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		/10/2023 / Empresa / Titular:	VERA LUCIA FANTIM PR	ADO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante			28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização				
,										