

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93571322

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	idora			9357132	22				
4 - Data da Autorização 21/12/2023 12	5 - Senh		3571322	6 - Data de Va		nha 2/2024						
Dados do Beneficiário	. 13		337 1322		24/02	2/2024						
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Cartei	ra	9 - Ate	ndimento de	RN	1			
1470000001926402							N					
50 - Nome Social									1			
10 - Nome GABRIEL FRANCISCO DE SOUZA XAVIER												
Dados do Contratado Solid	citante											
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do C	ontratado								
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E C	RTOPEDIA	ESPECIAL	IZADA L	ΓDA					
14 - Nome do Profissional Sc	licitante				1	5 - Conselho	Profissional	16 -	· Número do Cor	selho 17	7 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIV	'EIRA QUEI	ROZ				06			17905		1	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	ados da Int	ernação									
19 - Código na Operadora / C	NPJ	1		al / Local Solicita						21 - Data su	gerida pa	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORTO	OPEDIA ESP	PECIALIZA	DA LTDA				27/12/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde	e. Diárias Soli	citadas 26	- Previsão	o de uso de OPM	E 27 - Previ	isão de u	so de Quimioterápico
1	С			1		2			S			N
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID	10(2) (opc	ional) 3	s1 - CID 10(3) (o	pcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 -	Indicação de Aci	dente (acide	nte ou do	pença relacionada)
										9		
Procedimentos ou Itens As	ssistenciais Sc	olicitados										
_	lo Procediment		- Descrição								de. Solid	
1- 22 30733065					-			_	DEOARTROS	-		2
2- 22 30733073				•					GAMENTO C			1
3- 22 30731216 4- 18 60000805				OLIAPTO CO					ORGICO O PRIVATIVO	1 2		2
5- 18 60024151									ROSCOPIA PA			1
6- _	1111	1	OGOLLI		INCLUIO / L	.QOII ANIL	INTO I AIN	A AIVIII			1 1	
7-	_ _										 	 _ _ _
8-	_	_i								ii_	 	 _
9- _	_ _ _	_i										_ _
10-	_	_l									_	
11-	_	_l								_	_	_
12- _	_	_l								_	_	_
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 4	1 - Tipo de A	comodação	autorizada					
42 - Código na Operadora /	CNP.I autorizad	lo [43 -		ospital / Local A							————	44 - Código CNES
10.246.214/0001-04		11		PRTOPEDIA		IZADA L	ΓDA				- 11	6528104
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43) 733103 INSTABILIDADE F Ma não concorde, solicitar	3372-0900 / E EMORO-PAT	ELAR, RE	LEASE LA	TERAL DA PA	ATELA - um	a vez que c	onforme exa	ame de F	RM patela norm	o-posiciona	da sem	

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	riada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	uído nela Operadora				
343269	5 - Numero da Guia Neleteni	93571322	4 - Octilia	93571322			93571322				
Dados do Beneficiário		***************************************		***************************************	21/12/2023 12:13		330.1022				
7 - Número da Carteira	1	29 - Nome Social									
1470000001926402		25 Nome Octai									
8 - Nome GABRIEL FRANCISCO	DE SOUZA XAVIER										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVI	IRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia											
	NEXO ONFORME UNIMED DE O	RIGEM. DESFAVORAVEL A solicitar novamente com justi	AO PROCEDIMENTO 30733103 INSTABILIDADE F ficativa.	EMORO-PATELAR, F	RELEASE LATERAL DA PATELA -	uma vez que conforme	exame de RM patela normo-				
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento							
· ·			PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	I I 1		1					
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	1-1-1-1-111-1-1					
			A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	2		1 2					
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				111/11				
			ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-			_ 2					
81288540024		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _		-	1				
4- _					_		,				
	_ _ _ _				_ _ _ _ _	_					
5-					_	_	,				
					_ _ _ _ _	_					
6-					_ _ _ ,	_	,				
	_ _ _				_ _ _ _	_					
24 - Especificação do Material											
			RCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFA' terações, Caso Ma não concorde, solicitar novamen								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização							