

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95585027

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	Atribuído p	oela Operad	dora									
343269							9558	5027					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 955			585027	6 - Data de Val		Senha 08/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			11	idade da Carteira	a	9 -	Atendimento	de RN					
0050000001147300 02/05/2025							N						
50 - Nome Social													
10 - Nome LAIDE FABIANO SOARES													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	lome do Co	ontratado RTOPEDIA E	CDECIA	11 17 A D A	LTDA						
	licitanto	UNIC	JKIEU	RIOPEDIA E	SPECIA		elho Profissio	nol II	16 - Número do 0		17 - UF	18 - Código CBO	
14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO						06 28617				Jonseino	41	225270	
Dados do Hospital / Local S													
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Inte 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 30/06/2024 00:00									-				
22 - Caráter do Atendimento					25 - Q	- Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		26 - Pre	visão de uso de Ol	PME 27 -	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
1 28 - Indicação Clínica	С			1		1			S			N	
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 2- 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZAÇÃO, RESSECÇÃO E/OU PLASTIA # 1 1													
3- 98 08011080 4- 18 60024151				SCOPIA DE J XXA DE APAF				ARA AF	RTROSCOPIA	1 PAR 1		1	
5-		 								 			
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de	Acomodad	ão autorizad	a					
		. 3.00 E	1	12									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código 6528104							44 - Código CNES 6528104						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/06/2024 / Empresa / Titular: AUGUSTO PEREIRA SOARES 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		95585027		95585027	25/06/2024 10:22		95585027		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
005000001147300									
8 - Nome									
LAIDE FABIANO SOAR									
Dados do Profissional Solicit 9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1[1	1 - E-mail				
JOAO PAULO FERNAN			10 - Telefone		1 - L-111aii				
Dados da cirurgia	DEG GOERRICEIRO								
12 - Justificativa técnica REPARO OU SUTURA DE I REPARO OU SUTURA DE I									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	St. Cl. S. de		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mater 1- 00 00499293		22 - Referência do mater NULA MICRODEBRIDACA	O OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização I I 1		_ 1	_ ,		
80356130052	C 7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI	_TDA _ _		_1 .	I—I—I—I'I—I—I		
2-				_ _	_ _ _ , _	_	,		
	_			.	_ _ _ _	_ _			
3-				_	_	_	_ _ , _		
	_		-	.	_ _ _ _	_			
	-lll			 		_	,		
5-	 			 	_	_,, _	_ _ , _		
	_		 _ _ _ _ 			_			
6- _	-			_ _	_	_ _	,		
	<u> </u>					<u>_l_l</u>			
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	.72-0900 / Emitido em 25/	06/2024 / Empresa / Titular: /	AUGUSTO PEREIRA SOARES						
	Van								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				