

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92882815

(Via HOSPITAL)

| 1 " 11 | Número da Guia | a Atribuído | pela Opera | dora | | | | | | | | |
|--|-------------------|-----------------|--|--|-------------------------------|---|------------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 343269 | | | | | | | 92882 | 815 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 18/10/2023 10:31 5 - Senha 92882815 | | | | 6 - Data de Vali | | Senha 12/2023 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | 11 | idade da Carteira | a | 9 - | Atendimento d | de RN | | | | |
| 8650003539558002 | | | 30/09 | /2023 | | | N | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome EVANDRO CARLOS MANTHAY | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solid | citante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 11 | Nome do Co | | | | | | | | | |
| 07.142.188/0001-51 | | SAC | FRANC | ISCO INSTIT | UTO VII | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS | | | | | | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do 26535 | | | 6 - Número do C 6535 | onselho | 17 - UF | 18 - Código CBO 225270 |
| Dados do Hospital / Local | Solicitado / Dad | dos da Int | ernação | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 30/10/2023 00:00 30/10/2023 00:00 | | | | | | | | | | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento | 23 - Tipo de Inte | ernação | 24 - Regime | e de Internação | 25 - Qt | tde. Diárias | Solicitadas 2 | 26 - Previs | são de uso de OP | ME 27 - F | revisão de u | uso de Quimioterápico |
| 1 | С | | | 1 | | 1 | | | S | | | N |
| 29 - CID 10 Principal (opcion | al) [30 - CID / | 10(2) (opci | onal) 3 | 1 - CID 10(3) (op: | cional) | 32 - CID | 10(4) (opciona | ah 33 | - Indicação de A | vcidente (ac | cidente ou d | oença relacionada) |
| 29 - CID 10 Fillicipal (opcional) | | 10(2) (000 | | | | 52 6.5 .6(.), (opolonial) | | | 9 | | | ooniqu roladionidada) |
| Procedimentos ou Itens As | | | | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código de 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5- | o Procedimento | RE OS DIA | TEOCON ARIA DE (UGUELT <i>A</i> | I SUTURA DE DROPLASTIA QUARTO COL AXA DE APAR | A - ESTA LETIVO RELHO / | BILIZAC DE 2 LEI EQUIPA | AO, RESSE TOS COM E MENTO PA | CCAO I BANHEII RA ART | E/OU PLASTI RO PRIVATIV TROSCOPIA I | OSC 1 A # 1 O 1 | - Qtde. Soli | c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 |
| 39 - Data provável da Admis | são hospitalar | 40 - Qtde | Diárias Auto | orizadas 41 | - Tipo de | Acomodac | ão autorizada | 7 | | | | |
| | | | 1 | 1 | | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | | | | | DA | | | | | | 44 - Código CNES 2729539 | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 18/10/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | 47 - As | ssinatura | lo Profission | al Solicitante | 48 - Assir | natura do F | Beneficiário ou | Respons | ável 49 - Ass | inatura do | Responsávo | el pela Autorização |



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Referenc | ciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia at | | | | |
|---|-----------------------------|---|---|---|---------------------------------|-----------------------|---------------|--|--|--|
| 343269 | | 92882815 | | 92882815 | 18/10/2023 10:31 | | 92882815 | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | | | |
| 8650003539558002 | | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | | |
| EVANDRO CARLOS M | | | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solic | | | | 1 | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solici | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | | | | |
| RODRIGO SERIKAWA | DE MEDEIROS | | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesč S832 Reparo ou Sutura de AUTORIZADO CONFORMI | menisco | monstradas em exame físico | o e de imagem. Necesssita de tratamento cirurgico | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do N | | Descrição | rial na fabricanta | 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento | | | | | | |
| 21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045 | | 22 - Referência do mate MINA PARA SHAVER SET | | I I 1 | de Funcionamento | 1 | _ , | | | |
| 80777280006 | LAN | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | IIIII | | | |
| 2- 00 78898676 | DIS | | AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D | | | _ 2 | _ _ , _ | | | |
| 80044680449 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | 1-1-1-171-1-1 | | | |
| 3- _ | | | | | | _ | _ , | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 4- _ | | | | | , | _ | , | | | |
| | _ _ _ _ | | | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ | | | | |
| 5- _ | | | | | _ _ _ , | _ | , | | | |
| _ _ | _ _ _ _ | | | | | _ _ | | | | |
| 6- _ _ | _ _ _ _ | | | | _ _ _ _ _ _ , | _ | , | | | |
| | | | | | | <u></u> | | | | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3 | 249-3000 / Emitido em 18/ | 10/2023 /AUTORIZADO CO | NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titu | ılar: CENTRAL NACION | IAL UNIMED COOPERATIVA CEI | NTRAL | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pro | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura d | o Responsável pela Autorização | | | | | |
| 20 - Dala da Odildilação | 21 - Assiliatura do Fit | mosional Julicitanite | | 20 - Assiriatura u | o Nospolisavel pela Autolização | | | | | |