

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92627958

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - I	Número da Guia	Atribuído pe	ala Operadora			1				
343269	vuiriero da Guia i	Allibuluo pe	ela Operadora			92627958				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	026	l t	Data de Validade da	1					
22/09/2023 18:25 92627958 21/11/2023 Dados do Beneficiário 21/11/2023										
7 - Número da Carteira			8 - Validade	da Carteira	9 - Ate	ndimento de RN				
0050000039900374			18/08/202	25		N				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
JAQUELINE CAZADO										
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11		DPEDIA ESPECI <i>i</i>	ALIZADA L	TDA				
14 - Nome do Profissional Sol				15 - Conselho Profissional 16 - Número						
RAFAEL MAURICIO B					06		28806	41	225270	
Dados do Hospital / Local S 19 - Código na Operadora / C			nação do Hospital / Lo	anl Colinitado				21 - Data sugerida p	vara Internação	
10.246.214/0001-04	11			DIA ESPECIALIZ	ADA LTDA	1		02/10/2023 00:0	-	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	rnação 2	24 - Regime de I	nternação 25 - Q	tde. Diárias Soli	icitadas 26 - Pro	revisão de uso de OPI	ME 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica			•							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		O(2) (opcion	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9		doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados								
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30734053 2- 98 08011981 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	RECO PCT DIAR	ARTROSCO RIA DE QUA GUELTAXA	O, RETENCIONA DPIA DE TORNOZ RTO COLETIVO DE APARELHO /	ZELO - ENF DE 2 LEITO EQUIPAME	- UNIORTE S COM BANH ENTO PARA A	IEIRO PRIVATIV RTROSCOPIA F	1 O 1	ic. 38 - Qtde. Aut. 2 1 1 1	
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	10 - Qtde Di	iárias Autorizad	das 41 - Tipo de	Acomodação	autorizada				
			2	1						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospita UNIORT E ORTO				Local Autorizado 44 - Código CNES PEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 46 - Data da Solicitação	3372-0900 / Emi							natura do Responsáv	ol pole Autorice - 2	



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		92627958		92627958	22/09/2023 18:25	1	92627958
Dados do Beneficiário		15					
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000039900374							
8 - Nome							
JAQUELINE CAZADO I							
Dados do Profissional Solici			10 - Telefone	11.	14 E II		
9 - Nome do profissional solicit RAFAEL MAURICIO BE			10 - Telerone	11	I1 - E-mail		
	LETATO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INSTABILIDADE TORNOZE INSTABILIDADE TORNOZE							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricanto		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio o de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20) - Valor Unitário Autorizado
1- 76221229			ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA	•		_ 2	,
10247700123			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO			- 1 -	III'/III
2- 00162477	CA	NULA MICRODEBRIDACA	O AMC F 2,9X5,5MM 891710000	<u> </u>	_ _ _ ,	_ 1	,
80356130052		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA _ _ _ _			
3- 00 101445334	HTA		ANCHOR - 315-35-01-10 HTA 3,5	•—•	,	_ 2	,
10247700152		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA _ _ _ _			
4- _						_	_ _ , _
	_ _ _					_ _	
5- _ _ _ _ _ _ _ _ _	-					_	_,
	_ 	IIIII			-	 	
	 _					_,	1-1-1-1-1/1-1-1
24 - Especificação do Material							
,							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 22/	/09/2023 / Empresa / Titular:	GENESIS GROUP TICRM SERVICO	S LTDA			
(10)0		1					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura d	do Responsável pela Autorização		