

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95160670

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora		0546	50670				
343269		E Conho		C Data da Valia	dada da Canha	3516	60670				
4 - Data da Autorização 17/05/2024 10:07		5 - Senha 6		6 - Data de Valid	6 - Data de Validade da Senha 16/07/202						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	- Atendiment					
005000006211186)		15/1:	2/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome ISABELLE MAYARA DE PAULA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profission					15 - Co	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734					18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo			da Internação					10734][223270
19 - Código na Operado				al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0		11		OPEDIA ESPE		TDA			1	2024 00:0	=
22 - Caráter do Atendime	nto 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OPI S	ИE 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica							1				
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - Cl	D 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Iter 34 - Tabela 35 - Cóo									27	Otdo Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733		ocedimento			- ESTABILIZA	CAO, RESS	SECCA	O E/OU PLASTIA		- Qtae. Soil	c. 38 - Qtde. Aut.
2- 22 307330								O LIGAMENTO			1
3- 22 30731 2				ICAO DE MAIS					1		1
4- 18 600008								IEIRO PRIVATIV			1
5- 18 60024 ′	1 5 1		ALUGUELI	AXA DE APAK	ELHO / EQUIP	AMENIOP	'AKA A	RTROSCOPIA P	PAR 1		1
									- _	_ _	 _
8- _	ii_								i_	_	iii
9-	_ _ _	_							_	_	
10- _									<u> </u> _	_ _	
11- 12-	_	.								_	
		-							-	_	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
39 - Data provaverda A	JIIII5540 III	ospitalai 40	1	1	- Tipo de Acomoc	açao autonzat	ua				
42 - Código na Operado		J autorizado	t	lospital / Local Auto		ALTDA	<u>-</u>				44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/05/2024 / Empresa / Titular: PLAENGE EMPREENDIMENTOS LTDA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	ou Respo	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen	nciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	43269		95160670		17/05/2024 10:07	9510	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000062111860							
8 - Nome							
ISABELLE MAYARA DI	E PAULA						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETEN RECONSTRUCAO RETEN							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N	laterial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada :	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 72320915	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			_ 1	,
80044680067	0.41		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			1 4	
2- 00 00499293 80356130052	CAI		NO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_ ,	_ 1	,
3- 00	DAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			I 1	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 	\ \ \ 	-! '	
4-						_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 17/	/05/2024 / Empresa / Titular:	PLAENGE EMPREENDIMENTOS LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		