

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93681155

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93681155									
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Validade	da Senha					
09/01/2024 14:44		93681155		09/03/2024					
Dados do Beneficiário						<u> </u>			
7 - Número da Carteira		11	idade da Carteira	9 -	Atendimento de RI	N			
0050000000649190 50 - Nome Social		03/09	/2024		N				
50 - Nome Social									
10 - Nome									
MARCIA REGINA FERNAN	IDES GIULIA	NGELI							
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	11	13 - Nome do Co	ontratado RTOPEDIA ESPE	CIALIZADA	I TDA				
14 - Nome do Profissional Solicitan			TOT EDIA EOI E		elho Profissional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
DANIEL FERREIRA FERNA		RA		06	06 19475			41	225270
Dados do Hospital / Local Solicit	ado / Dados da	a Internação							
19 - Código na Operadora / CNPJ	11	•	I / Local Solicitado	11740417	D.A		11	-	ara Internação
10.246.214/0001-04			PEDIA ESPECIA			2	<u> </u>	024 00:0	
1	Tipo de Internaçã C	24 - Regime	e de Internação 25	5 - Qtde. Diárias 3	Solicitadas 26 - F	S	ME 27 - P	revisao de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEX	(0								
29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) ((opcional) 3	1 - CID 10(3) (opciona	32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	•	idente ou d	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assister	nciais Solicitado	os							
34 - Tabela 35 - Código do Prod 1- 22 30735033 2- 22 30735084 4- 22 30735092 5- 98 08011961 6- 18 60000805 7- 18 60024151 8-	 _ _ _ _	RUPTURA D RESSECCAO TENOTOMIA PCT ARTRO DIARIA DE O ALUGUELTA	ASTIA - PROCED O MANGUITO RO D LATERAL DA C I DA PORCAO LO SCOPIA DE OMB QUARTO COLETI IXA DE APARELH	TADOR - PF LAVICULA - NGA DO BIO RO - ENF - U VO DE 2 LEI IO / EQUIPA	COCEDIMENTO PROCEDIMEN' CEPS - PROCEI INIORTE TOS COM BAN MENTO PARA	VIDEOARTROS TO VIDEOARTRO DIMENTO VIDEO HEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA	COP 1 COP 1 DSC 1 ART 1 1 /O 2 PAR 1	 _ _ _	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão ho	spitalar 40 - 0	Qtde Diárias Auto	orizadas 41 - Tip	o de Acomodaç	ão autorizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	autorizado	3 43 - Nome do Ho	pspital / Local Autoriza	do					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/01/2024 /Em relação ao item: 01 1 EQUIPO 4 VIAS material pago em conta Hospitalar / Empresa / Titular: MARC IA REGINA FERNANDES GIULIANGELI 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização									



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		93681155		93681155	09/01/2024 14:44		93681155		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000000649190									
8 - Nome									
MARCIA REGINA FERI	IANDES GIULIANGEL	,I							
Dados do Profissional Solic	tante								
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone					1 - E-mail				
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA									
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A Em relação ao item: 01 1 E	NEXO	ngo em conta Hospitalar							
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição	into a falarina anta		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 71502718			ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVE	23 - Nº Autorização :L J	I I I I I I	_ 3	,		
80044680086	7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	•	<u> </u>	_1 •	י -		
2- 00 00116700	CAI	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1	_ _ , _		
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	—. 4 _ _ _ _		_,			
3- 00 75788985	CAI	NULA PARA ARTROSCOF	PIA SETORMED - 165 09 90 65 CANULA	CO _ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _		
80777280101		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A _ _ _					
4- 00622494	GAI	NCHO COMPRESSAO SU	TURA BIP 74201000	1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _		
80356130057		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A _ _ _	_ _ _				
5- 00499218	CAI		O AMC F 2,4X4,5MM 891630000	1	,	_ 1	_ _ , _		
80356130052		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A					
6-	_				_	_	_ _ , _		
24 - Especificação do Material				<u> </u>					
2. Especificação de Majorial									
	25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 09/	01/2024 /Em relação ao item	: 01 1 EQUIPO 4 VIAS material pago em col	nta Hospitalar / Empresa	/ Titular: MARCIA REGINA FERN	ANDES GIULIANGELI			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				