

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90868422

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Gu	ia Atribuído	pela Operadora								
343269	115.0		llo Bu	1. 1/-1: 1- 1- 6		9086	8422				
4 - Data da Autorização 17/04/2023	5 - Seni		0868422	le Validade da S 17/0	06/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 9759005005098109)		8 - Validade da C 31/07/2024	arteira	9 - A	tendimento N	de RN				
50 - Nome Social											
10 - Nome MATHEUS PASCU	AL GARCIA										
Dados do Contratado	Solicitante										
12 - Código na Operado	ra	13 -	Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04	Į.	UNI	ORT E ORTOPED	IA ESPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA			MARTINS		15 - Conselho Profissional		onal	16 - Número do Con 22343	selho 17 - U	JF 18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Lo	ocal Solicitado / Da	ados da Int	ernação								
19 - Código na Operado			e do Hospital / Local So	olicitado					21 - Data sugeri	da para Internação	
10.246.214/0001-04	ļ	UNIOR	T E ORTOPEDIA I	ESPECIALIZ	JZADA LTDA			:	26/04/2023 0	/04/2023 00:00	
22 - Caráter do Atendimer	23 - Tipo de I	nternação	24 - Regime de Interna	ção 25 - Qt	tde. Diárias S	olicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPME	27 - Previsão	o de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica tornozelo esquerdo	<u></u>										
29 - CID 10 Principal (op	cional) 30 - CIE	0 10(2) (opci	ional) 31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10	O(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Aci	dente (acidente 9	ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Iten	s Assistenciais So	olicitados									
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30734045 2- 22 30734053 3- 98 08011980 4- 18 60024151			36 - Descrição OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
5-											
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	lmissão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de 12	Acomodaçã	o autorizad	а				
1 - 1		11	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA							44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justifi Telefone Contratado: MPRESSAO SUTURA ADOS / Empresa / Tit	(43)3372-0900 / E	é favorável	em remunerar some							OPME GANCHO CO não serão REMUNER	

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu		
343269		90868422		90868422	17/04/2023 09:52		90868422	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9759005005098109								
8 - Nome								
MATHEUS PASCUAL	GARCIA							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	11	11 - E-mail			
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MAF	RTINS						
Dados da cirurgia								
tornozelo esquerdo	ONFORME UNIMED DE C		HA SCORPION PARA VIDEO: ARTHROM O OPME GANCHO COMPRESSAO SUTURA B	IP 74201000 - é favoráve	l em remunerar somente agulha c	Jescartável, para procedii	mento de ombro a pinça e o i	
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição 22 - Referência do mater	into a fabricana		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045		ORMED - 001030306	23 - Nº Autorização	ue runcionamento	1	,		
80777280006	LAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		י י 	_ '		
2- 00 76221229	AN		ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR			_ 2	,	
10247700123			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-i -	'	
3-				_		_	,	
4-	_ _ _			_ _ _ _	_	_	_ ,	
					_	_		
5- _	_ _ _			- _ _ -	_	_	_ _ , _	
					_ _ _ _			
6- _	_ _ _			- - - -	_	-!	,	
					_ _ _ _	_		
24 - Especificação do Materia								
	3372-0900 / Emitido em 17/		RCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESI rão REMUNERADOS / Empresa / Titular: UNIMI			RA BIP 74201000 - é favo	orável em remunerar soment	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização			
20 - Dala da Sullulação	Z1 - Assiliatura do Fi	onssional solicitatite		20 - Assindiula ut	Trosporisavei pela Autorização			