

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90738877

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Número da Guia Atribuído pela Operadora						88877				
4 - Data da Autorização 04/04/2023 17	5 - Senha 7:15 907		90738877	6 - Data de Validade da \$		3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			† †	lidade da Carteira		- Atendiment					
0050000004673665			17/0	9/2024		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											•
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora			13 - Nome do C								
10.246.214/0001-04			UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
14 - Nome do Profissional Son ALEXANDRE DE OLIV		UEIROZ			15 - Co 06	11		16 - Número do Conselho 17905		17 - UF 18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado	o / Dados o	da Internação								
19 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ	- 11		al / Local Solicitado OPEDIA ESPE		TDA				sugerida pa 023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo	de Internaç	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diári	as Solicitadas	26 - Previ	Previsão de uso de OPME 27		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1		С		1	1	1		s		N	
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30	- CID 10(2)	(opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cl	D 10(4) (opcio	nal) 33	3 - Indicação de Ac		idente ou de	pença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ssistencia	is Solicitad	dos								
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733103 2- 22 30733273 3- 22 30731216 4- 18 60000384 5- 18 60000554 6- 18 60024151 7-		_ _ _	RECONSTR TRANSPOS DIARIA DE DIARIA DE	UCAO, RETEN ICAO DE MAIS ACOMPANHAN APARTAMENT	CIONAMENTO DE 1 TENDA ITE COM REF O SIMPLES	O OU REFO D - TRATAN EICAO CON	RCO DO MENTO C MPLETA	DA PATELA, RE LIGAMENTO C CIRURGICO TROSCOPIA PA	ET 1 ER 1 1 1	_ _ _ _	2: 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admis	são hospita	alar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41 - 12	- Tipo de Acomod	ação autorizad	da				
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ auto	orizado		lospital / Local Auto		A LTDA				- 11	44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43)3372-090			3 / Empresa / Titu		AMI JUNIOR	ou Respons	sável 49 - Assir	natura do F		el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	
343269		90738877		90738877	04/04/2023 17:15		90738877
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000004673665							
8 - Nome							
CELINA FIGUEIRO AN	AMI						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM /							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa				23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORME			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_ 1	,
				-		1 4	
2- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,
3- 00 70627657	DI /		LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	_ _ _ _ 1		1	
10208610040	FLA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 '	,
4- 00 00597007	DAI		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1	,
80044680085	170		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ <u> </u>	1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ -	-1 '	IIII7III
5-					_	_	_ ,
					_ _ _ _ _ _	_	
6- _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _				_	_	,
24 - Especificação do Materia							
z z z z z z z z z z z z z z z z z z z							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 04/	/04/2023 / Empresa / Titular: <i>F</i>	AKIRA ANAMI JUNIOR				
26 Data da Caliaitas -	27 Appingture de De	raficaional Calicitanta		20 Appingture de	Doononoéval polo Autoriza - 2 -		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	onssional Solicitante		∥ ∠ŏ - Assinatura do	Responsável pela Autorização		