

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90590741

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia	Atribuído pela Ope	radora							
343269	7 Milouido pola Opo		905	90741					
4 - Data da Autorização 23/03/2023 10:40	90590741	6 - Data de Validade da	Senha 2/05/2023						
Dados do Beneficiário	9039074		2/03/2023						
7 - Número da Carteira	- 11	'alidade da Carteira	9 - Atendimen	I					
0050000035310033	10/	11/2024		N					
50 - Nome Social									
10 - Nome KAWAN VALIN BRITO DE ALMEIDA									
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do	Contratado ORTOPEDIA ESPEC							
14 - Nome do Profissional Solicitante	ONIONIE	OKTOT EDIA ESI EC	15 - Conselho Profiss	sional 16 - Número do 0	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO				
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ			06	17905	41 225270				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dad	los da Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04		ital / Local Solicitado FOPEDIA ESPECIAL			21 - Data sugerida para Internação 25/03/2023 00:00				
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Intr			Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de O	PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico				
1 C	Z-F Rogi	1	1	S	N N				
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opci	onal) 33 - Indicação de	Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Soli	citados								
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30733065 2- 22 30733073 3- 22 30731216 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	RECONST TRANSPO DIARIA DE	DU SUTURA DE UM M RUCAO, RETENCION SICAO DE MAIS DE 1 E QUARTO COLETIVO	AMENTO OU REFO TENDAO - TRATA D DE 2 LEITOS COI	DIMENTO VIDEOARTR DRCO DO LIGAMENTO MENTO CIRURGICO M BANHEIRO PRIVATI PARA ARTROSCOPIA	OCR 1 1 1 1 VO 1 1				
10-	l								
Dodge do autorização	I								
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias A	utorizadas 41 - Tipo o	de Acomodação autoriza	ada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	11	Hospital / Local Autorizado ORTOPEDIA ESPEC	IALIZADA I TDA		44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização									



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 90590741		4 - Senha 90590741		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90590741			
		90590741		9009074	23/03/2023 10:40	90590741			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social									
0050000035310033		25 Nome Goda							
8 - Nome									
KAWAN VALIN BRITO DE ALMEIDA									
Dados do Profissional Solici									
9 - Nome do profissional solicitante		10 - Telefone	10 - Telefone		11 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ									
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio o de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 00 00590045		IINA PARA SHAVER SET		2		_ 2 _ _ , _			
80777280006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI	_TDA _ _ _ _					
2- 00 00597007	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREAI		_ _ _ ,	_ 2 _ ,			
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI						
3- 00 00116700 80743230025	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 2 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI		_ ,_	_ 1			
4-		AKTHKOW COWEK	CIO DE IMPLANTESOR TOPEDICOSI	-TDA _ _ _ _	 				
*	-!!!! 					_			
5-	_,, _								
	_					_ _			
6- _				_ _		_			
						_ _			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	do Responsável pela Autorização				