

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91592128

(Via HOSPITAL)

1 "	- Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	adora]				
343269				1			91592	128				
4 - Data da Autorização 20/06/2023 16:15			1592128	6 - Data de Va		Senha 09/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteir	ra	9 -	Atendimento d	de RN				
9700026000334700 31/01/2021							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome LUIZ FELIPE F MARTINS												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		i i	Nome do C		ESDEC!/	\	LTDA					
										18 - Código CBO		
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						06 17905				onsemo	41	225270
Dados do Hospital / Loca	I Solicitado / Da	ados da Int	ternação									
19 - Código na Operadora	CNPJ	11		al / Local Solicita						11		para Internação
10.246.214/0001-04	1	1	ORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ								06/2023 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de I		24 - Regim	ne de Internação	25 - Qt	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Previs	são de uso de OF	'ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EN	A ANEVO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)												
20 0.5 101									9			, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Procedimentos ou Itens A												
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733030 2- 22 30733073 3- 22 30731216 4- 18 60000554	; ;	CC RE TR	CONSTR ANSPOS	ASTIA (COM UCAO, RETE ICAO DE MAI APARTAMEN	NCIONA	MENTO (OU REFOR	CO DO	LIGAMENTO	NTO 1	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5- 18 60024151		AL	.UGUELT	AXA DE APA	RELHO/	EQUIPA	MENTO PA	RA ARI	TROSCOPIA	PAR 1		1
6-										_ _ _ _		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admi	ssão hospitalar	40 - Otdo	Diárias Aut	torizadas 1/4	1 - Tino de	Acomodae	ão autorizada	7				
55 - Data provaver da Admi	osao nospilaidi		1 1	11	2	, womoudç	ao autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / UNIORT E ORTOF						ALIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO P AULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS												
46 - Data da Solicitação	47 -	assinatura (1018811017 Ou	nai Suiicitante	40 - ASSII	iatura do B	enenciario ou	Respons	avei 49 - ASS	on atura do	rtesponsav	ei 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 Referen	ciada 91592128	4 - Senha	91592128	5 - Data da Autorização 20/06/2023 16:15	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91592128			
Dados do Beneficiário		0.002.120		0.002.20	20/00/2020 10:10	I L	01002120		
7 - Número da Carteira	1	29 - Nome Social							
9700026000334700		20 Nome Coolai							
8 - Nome									
LUIZ FELIPE F MARTIN	S								
Dados do Profissional Solicit	ante								
9 - Nome do profissional solicita	inte		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AI INDICAÇAO CLINICA EM AI AUTORIZADO CONFORME	NEXO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valo	r Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00590045 80777280006	LAN	INA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2	_	_ 2 _ _	_ ,		
2- 00 70627657	PI A		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	_ _1	 	1			
10208610040	,		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	" 		-11''111		
3- 00 00597007	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1		_ 1	111111		
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _					
4- _					_	_	_ ,		
	_			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _			
5- _					_ _ _ , _	_	_ ,		
	_			_ _ _	_ _ _ _				
6- _					_ _ _ _ _ ,	_! . _ _	_ ,		
	_								
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				