

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90912124

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia <i>F</i>	Atribuído pela C	Operadora									
343269					9091	2124						
4 - Data da Autorização 19/04/2023 16:48 5 - Senha 90912124				alidade da Sen 18/06/	1							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		11	3 - Validade da Carte	eira	9 - Atendimento	de RN						
0050000010149379 29/06/2024					N							
50 - Nome Social												
10 - Nome JOAO ADILSON DA SILVA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORTOPEDIA			1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1	0 " 1/2 " 1/2 0/1 000					
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ				06	- Conselho Profissio	16 - Número do 17905	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270					
Dados do Hospital / Local S												
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 24/04/2023 00:00 24/04/2023 00:00 24/04/2023 00:00 25/04/2023 25/04/2023												
22 - Caráter do Atendimento				25 - Qtde.	Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de O	DPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico					
1	С		1		1	S	N					
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (0(2) (opcional)	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)		2 - CID 10(4) (opcior	nal) 33 - Indicação de	Acidente (acidente ou doença relacionada) 9					
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solici	itados										
1- 22 30733065 2- 22 30733030 3- 22 30733103 4- 98 08011081 5- 18 60024151 6-	o Procedimento	CONDRO INSTAB PCT AR ALUGUI	O OU SUTURA E OPLASTIA (COM ILIDADE FEMOR TROSCOPIA DE ELTAXA DE APA	M REMOCAC RO-PATELAI : JOELHO UI ARELHO / EC	DE CORPOS LI R, RELEASE LA NIORTE - ENF RUIPAMENTO P	MENTO VIDEOARTR IVRES) - PROCEDIMI TERAL DA PATELA, ARA ARTROSCOPIA	ENTO 1 1 RET 1 1 1 1					
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	0 - Qtde Diária	s Autorizadas	41 - Tipo de Ac	omodação autorizad	la						
	·		1	1	,							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loc UNIORT E ORTOPED					ZADA LTDA		44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/04/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada 90912124		4 - Senha		5 - Data da Autorização	lo pela Operadora	
343269				90912124	19/04/2023 16:48	90912124	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29	9 - Nome Social					
0050000010149379							
8 - Nome							
JOAO ADILSON DA SI	LVA						
Dados do Profissional Solid	citante						
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			al no fabricanto		le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic o de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa 1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORME				I I 1		_ 1	,
80777280006				LTDA		-ı ·	1-1-1-1-1/111
2- 00 00116700	CANET		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90			_ 1	,
80743230025			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	•—-•			
3- _					,	_	,
			_ _ _	_	_ _ _	_ _	
4-				_ _	_ _ _ , _	_	_ _ , _
			_ _	_ _	_ _ _ _ _	_ _	
					_ - - - - - - -		,
					!!!!!!!!	_	
6-						_	_ _ , _
					lllllll	_	
24 - Especificação do Materia	ı						
25 - Observação / Justificativa					·		<u> </u>
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 19/04/2	2023 / Empresa / Titular: C	COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOI	LUVEL			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profiss	sional Solicitante		28 - Assinatura o	o Responsável pela Autorização		