

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91316042

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia At	ribuído pela Opera	adora						
343269				9	1316042				
4 - Data da Autorização 24/05/2023 17:	5 - Senha	91316042	6 - Data de Validade d	la Senha 8/07/2023					
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		11	alidade da Carteira	9 - Atendim	·				
9700020008184792 29/02/2024			2/2024		N				
50 - Nome Social									
10 - Nome JAIR MESSIAS FERREIRA									
Dados do Contratado Solic	tante								
12 - Código na Operadora		13 - Nome do C							
10.246.214/0001-04		UNIORT E	ORTOPEDIA ESPE	CIALIZADA LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ				15 - Conselho Proi	16 - Número 17905	do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dados	da Internação							
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 30/05/2023 00:00									
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Interna	ação 24 - Regin	ne de Internação 25	- Qtde. Diárias Solicitada 1	26 - Previsão de uso d	de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico			
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO	J L			I (
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (op	ocional) 33 - Indicação	o de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solicita	ados				<u> </u>			
34 - Tabela 35 - Código d	Procedimento	OSTEOCOM PCT ARTRO ALUGUELT	U SUTURA DE UM I NDROPLASTIA - ES DSCOPIA DE JOELI AXA DE APARELHO	TABILIZACAO, RE HO UNIORTE - ENI D / EQUIPAMENTO	EDIMENTO VIDEOAR ESSECCAO E/OU PLA F D PARA ARTROSCO	ASTIA # 1 1 1 1			
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 40	- Qtde Diárias Au 1	torizadas 41 - Tipo	de Acomodação autor	izada				
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	Hospital / Local Autorizad			44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO P AULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura 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

· II	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269	9131604	<u> </u>	91316042	24/05/2023 17:37	91316042						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social										
9700020008184792											
8 - Nome JAIR MESSIAS FERREIRA											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	1	11 - E-mail							
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORME	NEXO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		terial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento							
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SI		_ 1	_ _ _ ,	_ 1 _ ,						
80777280006	ARTHROM COME	RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	DA _ _ _								
2- 00 00116700		RIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1						
80743230025	ARTHROM COME	RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	DA _ _ _ _	_ _ _ _							
3-			_ _	_							
1	- -		-								
** _	'										
5-			-								
			 .								
6- _			_ _	_ _ _ , _	_						
			.	_ _ _ _	_ _						
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS											
Telefone Contratado. (40)35/2-0500/ Entitudo enti 24/05/2025/AO TONIZADO COM ONNIE OMINIED DE ONIGENI / Entiplesa / Titulai. Unitivied do ESTADO DE SAO FAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS INEDICAS											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização							