

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95050469

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Gu	uia Atribuído	pela Opera	dora			95050469					
4 - Data da Autorização 08/05/2024 17	5 - Sen		5050469	6 - Data de Vali	dade da Sen 07/07/	1		-				
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	lidade da Carteira	l	9 - Ate	ndimento de RN					
0050000062320516			29/09	9/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
CLEODOALDO MINU	CELI											
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		H		RTOPEDIA E	SPECIALI	ZADA L	TDA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante						Profissional	16 - Númer	o do Cor	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
CARLOS EDUARDO I	МОТООКА				06	21679					41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / D	ados da Int	ernação									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		al / Local Solicitad					11			para Internação
10.246.214/0001-04		<u> </u>		OPEDIA ESPE							024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de I		24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde.	Diárias Soli 1	icitadas 26 - P	revisão de uso S	de OPM	E 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica		'		Į.		-		<u> </u>				N .
FRATURA EOU LUXACO	ES											
-												
												•
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30 - CII	D 10(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional) 3	2 - CID 10(4	4) (opcional)	33 - Indicaçã	ão de Ac	idente (ad	cidente ou c	doença relacionada)
											9	
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais S	olicitados										
_	do Procedimen		Descrição		ES (INCL II	INDO DE	COLAMEN	TO EDIEIS	NDIO C		- Qtde. Soli	
1- 22 30720095 2- 18 60000805				/OU LUXACO QUARTO COL	•							1
		ı	AKIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE	2 LEITO	S COW BAIN	TEIRO PRIV	VAIIVC	, ,		_ '
3-		_								-	-lll	
4-		_								-	-ll -	
		_									-ll	
6- . 7-		_								-	-lll	
		_ _								- -	-ll -l l l	
9-	- 	_								-	-11 -1 1	
10-		_ _								- -	-ll -l l l	
11-	- 	_								-	-11 	
12-		 								-	-11 	
Dados da autorização											-11	111
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Ac	omodação :	autorizada					
·	,	1	1	1		,						
42 - Código na Operadora /	CNPJ autoriza	do 43 -	Nome do H	ospital / Local Aut	torizado							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/05/2024 / Empresa / Titular: TEREZINHA FRANCISCO RAMOS MINUCELI												
releione Contratado: (43	,5572-0900 / I	Linduo ein	00/03/2024	+/ ∟mpresa / III	ulai. IERE.	LINITA FK	ANDISCO KAN	NOS IVIINOC	LLI			
40. Data to 0.11.11. 7	11	A == i : - t	la De C	al Callette at 11	40. 4		dialitate of D		0 4		Danie (
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura c	io Profission	nal Solicitante	48 - Assinati	ıra do Bene	eficiário ou Resp	onsavel 4	y - Assin	atura do	ĸesponsáv	rel 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 95050469	4 - Senha	5 - Data da Autorização 08/05/2024 17:04	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95050469				
Dados do Beneficiário		00000100		95050469	00/00/2021 11101		00000100		
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000062320516		20 Nome Social							
8 - Nome									
CLEODOALDO MINUCE	:LI								
Dados do Profissional Solicit									
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	11	1 - E-mail				
CARLOS EDUARDO MO	TOOKA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica FRATURA E/OU LUXACOE FRATURA EOU LUXACOES									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00658472	PAF		XDRIVE VERSALOCK 3,5/2,7X42MM 223-35	_ 8	,	_ 8	_ ,		
10247700089	F44		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 72375760 10247700109	FAI		PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 308-20-14 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2	_	_ 2			
3- 00 00658782	PI /		ALOCK VOLAR PROTECT FLP GRANDE ES		 	_ 1			
10247700102	,		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	י י	⊣ '	IIII'III		
4-	<u> </u>				-	_	_ _ , _		
5-	 					 _			
6- _					_ _ _ , _	_	_ _ , _		
	_			_ _	_ _ _	_ _			
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/05/2024 / Empresa / Titular: TEREZINHA FRANCISCO RAMOS MINUCELI									
, ,		•							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				