

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94026124

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	tribuído pela Opera	dora								
343269					94026	124					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid								
08/02/2024 17	:57	94026124		08/04/2024							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 0050000001226382		- 11	lidade da Carteira 7/2025	9-	N	ie RN					
50 - Nome Social			.,,2020								
50 - Nome Social											
10 - Nome											
JOSE ROBERTO DE S	SOUZA										
	Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C		SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	licitante	ONIONIEO	ICTOT EDIA E		elho Profission	al 16 - Nú	mero do Conse	elho 17 - L	JF 18 - Código CBO		
CESAR EDUARDO CA		IRA MARTINS		06	11 11			41	225270		
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dados	s da Internação									
19 - Código na Operadora / C) - Nome do Hospita	al / Local Solicitado	0			21	1 - Data sugerio	da para Internação		
10.246.214/0001-04	U	NIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		1	2/02/2024 0	0:00		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interr	ação 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2	26 - Previsão de		27 - Previsão	de uso de Quimioterápico		
1 28 - Indicação Clínica	С		1	1		S			N		
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10	(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opciona	l) 33 - Indi	cação de Acide	ente (acidente d 9	ou doença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As											
34 - Tabela 35 - Código of	o Procedimento	DIARIA DE	APARTAMENT) - TRATAMENT FO SIMPLES				37 - Otde. 1 1	Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 1		
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar 40) - Qtde Diárias Aut 1	orizadas 41 12	- Tipo de Acomoda	ão autorizada						
42 - Código na Operadora / 0 10.246.214/0001-04	orizado SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA				44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/02/2024 / Empresa / Titular: JOSE ROBERTO DE SOUZA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

· · ·	3 - Número da Guia Referenciada 4 -		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94026124		94026124	08/02/2024 17:57		94026124
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001226382							
8 - Nome							
JOSE ROBERTO DE SO	DUZA						
Dados do Profissional Solici	ante						
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
CESAR EDUARDO CAS	STRO FERREIRA MAF	RTINS					
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica	NEVO						
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	laterial 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Otde, Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização		made 10 Quel / latelleada	25 74.61 64
1- 00 70437653	PAI		VEIS, CANULADOS, PARA PEQUENOS E G	2	,	_ 2	,
10314800053		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_ _ _ _		
2-	-				_ _ _ _ _	_	,
	_ _ _		- -		_ _ _ _	_ _	
3- _ _ _ _ _ _ _ _ _	_					_	,
	_ _ _ 	IIIIII	-			 _	,
	- 					_l	
5-		1-1-1-1-1-1-1-				 	,
	-,,,,,,, -					_,	1111/111
6- _				_ _ <u> </u>	_ _ _ ,	_	,
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa	272 0000 / Emitido om 09/	/02/2024 / Empress / Titular:	JOSE ROBERTO DE SOUZA				
releione Contratado. (43)3.	572-0900 / Efficied effi 00/	02/2024 / Limplesa / Titulai.	JOSE ROBERTO DE SOUZA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		
	II.			П			