

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

96040285

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	7									
1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 96040285						5				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	00040005	6 - Data de Valid							
05/08/2024 15	:31	96040285		04/10/2024						
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN										
0050000004919443 20/08/2026					N					
50 - Nome Social										
10 - Nome										
WALDOMIRO PIO OLIVEIRA DE ALMEIDA MACHADO										
Dados do Contratado Solicitante										
10.246.214/0001-04	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									
14 - Nome do Profissional So	licitante	OMORT E O	TOT EDIA EC		elho Profissional	16 - Número do Co	onselho T	17 - UF	18 - Código CBO	
CESAR EDUARDO CA		IRA MARTINS		06		22343	- 11	41	225270	
Dados do Hospital / Local 3	Solicitado / Dado	s da Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação										
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 06/08/2024 00:00										
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte		ação 24 - Regime de Internação 25 -		25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26 -	- Previsão de uso de OPI	ME 27 - Pre	Previsão de uso de Quimioterápico		
2	С		1	1		S			N	
29 - CID 10 Principal (opcional Procedimentos ou Itens As 34 - Tabela 35 - Código of 1- 22 30728142 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4	sistenciais Solici	itados 36 - Descrição LESOES LIG DIARIA DE A	ACOMPANHAN	AGUDAS AO N	CAO COMPLE	33 - Indicação de A NOZELO - TRATAMETA NHEIRO PRIVATIV	37 - 0 ME 1 1	lente ou d		
5-		0 - Qtde Diárias Aut 1 43 - Nome do H	orizadas 41 - 1 ospital / Local Auto	Tipo de Acomodaç	ão autorizada			11		
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/08/2024 / Empresa / Titular: WALDOMIRO PIO OLIVEIRA DE ALMEIDA MACHADO 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

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 96040285 96040285 05/08/2024 15:31 96040285 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000004919443 8 - Nome WALDOMIRO PIO OLIVEIRA DE ALMEIDA MACHADO Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 78034361 SISTEMA TOTAL PARA TORNOZELO TARIC - 0021-0016 -INSERTO TARI 80454380015 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00592579 PLACA T OSTEOTOMIA TIBIA BLOQUEADA 2X2MM 33622 10209780006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00605395 PARAFUSO CORTICAL 3,5X14MM 200-35-14 10247700039 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 00193178 FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300080 2 10223680050 5- 00 76221229 ANCORA EM PEEK COM INSERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR 10247700123 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00710008 KIT TESTE FLUXO ALFA-DEFENSIVA SYNOVASURE 00-8888-125-01 C/ 0 80044680353 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/08/2024 / Empresa / Titular: WALDOMIRO PIO OLIVEIRA DE ALMEIDA MACHADO 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização