

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94087682

(Via HOSPITAL)

	3 - Número da Gu	a Atribuído pela	a Operadora							
343269						94087682				
4 - Data da Autorização 16/02/2024	5 - Senh		6 - Data de V		Senha /04/2024					
Dados do Beneficiário	10.44	9400	7002	10/	04/2024					
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Carte	eira	9 - At	tendimento de RN				
0050000002615234		İ	22/03/2026			N				
50 - Nome Social										
10 - Nome	ITI OOFI IIO									
IZOLDA CAVALCAN										
Dados do Contratado S 12 - Código na Operadora		13 - Nor	ne do Contratado							
10.246.214/0001-04		++	T E ORTOPEDIA	ESPECI	ALIZADA L	LTDA				
14 - Nome do Profissional	Solicitante	I			15 - Consell	no Profissional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OI	LIVEIRA QUEI	ROZ			06		17905		41	225270
Dados do Hospital / Loc			•							
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	i / CNPJ	t	Hospital / Local Solici ORTOPEDIA ES		7404170	٨	•	1	sugerida pa 024 00:0	ara Internação n
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir		- Regime de Internação		tde. Diárias So		revisão de uso de OP	<u>L</u> ,		iso de Quimioterápico
1	C	terriação 24	1		1	Diicitadas 20 - F1	S	WIL Z7 - F	Tevisão de C	N
28 - Indicação Clínica										
INDICAÇAO CLINICA E	IN ANEXO									
29 - CID 10 Principal (opc	ional) 30 - CID	10(2) (opciona	I) 31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10	0(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (ac	idente ou d	oença relacionada)
									9	
Procedimentos ou Itens										
34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3073303			scrição ROPLASTIA (COI	M REMOC	AO DE CO	RPOS LIVRES) - PROCEDIME		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 3073304			OCONDROPLAST				•			1
3- 98 0801108	31		RTROSCOPIA DE			•		1		1
4- 18 6000038	34	DIARI	A DE ACOMPANH	IANTE CO	M REFEIC	AO COMPLET	A	1		1
5- 18 6002415		ALUG	UELTAXA DE APA	ARELHO	/ EQUIPAM	ENTO PARA A	ARTROSCOPIA F	PAR 1		
6- _	_	1								1
7-	1 1 1 1 1	-i						_		1
7- _ _ _ _ _ _ _ _ _		-!						_ _ 	. . .	1 _ _ _ _ _ _
7-	- -	-:						_ _ _	- - - -	1 _
8-		<u> </u>							- - - -	1
8-		i							- -	1
8-		i								1
8-		- - - - -								1
8-	nissão hospitalar	- - - - -	rias Autorizadas	41 - Tipo de						1
8-	-		rias Autorizadas 1	41 - Tipo de 1						1
8-	-	40 - Qtde Diá	rias Autorizadas	41 - Tipo de 1 Autorizado	e Acomodação	o autorizada			- 11	1
8-	ı / CNPJ autorizac	40 - Qtde Diá	rias Autorizadas 1 ne do Hospital / Local /	41 - Tipo de 1 Autorizado LESPECI	e Acomodação	o autorizada LTDA			- 11	-
8-	ı / CNPJ autorizac	40 - Qtde Diá	rias Autorizadas 1 ne do Hospital / Local /	41 - Tipo de 1 Autorizado LESPECI	e Acomodação	o autorizada LTDA			- 11	-
8-	ı / CNPJ autorizac	40 - Qtde Diá	rias Autorizadas 1 ne do Hospital / Local /	41 - Tipo de 1 Autorizado LESPECI	e Acomodação	o autorizada LTDA			- 11	-
8-	ı / CNPJ autorizac	40 - Qtde Diá	rias Autorizadas 1 ne do Hospital / Local /	41 - Tipo de 1 Autorizado LESPECI	e Acomodação	o autorizada LTDA			- 11	-



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	9408768	2	94087682	16/02/2024 10:44		94087682
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000002615234						
8 - Nome	<u> </u>					
IZOLDA CAVALCANTI	COELHO					
Dados do Profissional Solici	tante					
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	EIRA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica	NEVO					
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A						
,						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N	laterial 15 - Descrição		16 - Opcão 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde, Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		terial no fabricante	23 - Nº Autorização			
1- 00 00499293		CAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	1	,	_ 1	_,
80356130052	ARTHROM COME	RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- _			_	_	_	,
				_ _ _ _	_	
3- _				_	_	_ ,
	_ _ _ _ _ _ _ _ 				 	,
	- 				-I	
5-					 _	_ _ ,
6- _			_ _ _ -	_ _ _ , _	_	,
	_ _ _			_ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa	372-0900 / Emitido em 16/02/2024 / Empresa / Titula	r: IZOLDA CAVALCANTI COELHO				
releione contratado. (40)0	772 0000 / Emiliao em 10/02/2024 / Empresa / Titale	1. IZOLDIN ON WILCON WIT OCCUPIO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		