

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94642782

(Via HOSPITAL)

	-											
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Gui	ia Atribuído	pela Opera	dora			94642782					
4 - Data da Autorização 04/04/2024 09	5 - Senh		4642782	6 - Data de Vali	dade da Senh 03/06/							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000057748317 30/10/2025							N					
50 - Nome Social												
30 - Notifie Social												
10 - Nome AUGUSTO AMAURI T	ROSTDORF	:										
Dados do Contratado Solid												
12 - Código na Operadora		11	Nome do C									
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA E	SPECIALI	ZADA LTI	DA					
14 - Nome do Profissional So CARLOS EDUARDO					- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 21679			ero do Co	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local		dos do Int	ornação					21073			7,	223210
19 - Código na Operadora / 0			•	al / Local Solicitad	ło					21 - Data	sugerida n	ara Internação
10.246.214/0001-04	c	ł		OPEDIA ESPE		A LTDA					2024 00:0	=
22 - Caráter do Atendimento 2	il ·		ção 24 - Regime de Internação 2		25 - Qtde.	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr		revisão de uso de OPME 27 - I		Previsão de uso de Quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica				· ·								
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID	10(2) (opci	ional) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional) 32	? - CID 10(4)	(opcional)	33 - Indica	ção de Ac	cidente (ad	cidente ou c	doença relacionada)
											9	
Procedimentos ou Itens As 34 - Tabela 35 - Código o			. Descrição							37	- Qtde. Soli	ic 38 - Otde Aut
1- 22 30720095 2- 18 60000805 3-		FR	ARIA DE	VOU LUXACO	ETIVO DE	2 LEITOS	COM BANH	HEIRO PR	RIVATIV	OT 1	- Que. Son	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização											-1	I—I—I—I
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 1	orizadas 41	- Tipo de Aco	modação au	torizada					
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizad	11		ospital / Local Aut		7ADA 1 TF	 DA					44 - Código CNES 6528104
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2024 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL												
46 - Data da Solicitação	47 - 4	Assinatura o	do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatu	ra do Benefic	ciário ou Respo	onsável	49 - Assi	natura do	Responsáv	el 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 Referenciada	94642782	Senha	94642782	5 - Data da Autorização 04/04/2024 09:31	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94642782				
		94042762		94042702	04/04/2024 09.31		94042762			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	29 - Nome	e Social								
0050000057748317										
8 - Nome AUGUSTO AMAURI TR	OSTDORF									
Dados do Profissional Solici	ante									
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	11 - E-mail						
CARLOS EDUARDO MO	OTOOKA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica Fratura no terço distal Fratura no terço distal										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Referência do material no	o fabricante		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 00 00123587 10247700039	PARAFUSO (CORTICAL 3,5X38MI				_ 2	,			
2- 00 70867950	P.H.I PARA	FUSO PARA HASTE	ES INTRAMEDULARES - GM REIS - 133-	_ 8		_ 8	_ _ ,			
10247700055 3- 00 00658782			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA CK VOLAR PROTECT FLP GRANDE ES			. 4				
10247700102			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ ,			
4-						_	_ _ ,			
³⁻ -	- 					_	,			
6-							,			
		_ _ _				<u></u>				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 04/04/2024 / B	Empresa / Titular: COC	AMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional S	olicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					