

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94603825

(Via HOSPITAL)

		_									
1 - Registro ANS 343269											
4 - Data da Autorização 5 - Senha 94 - Data da Autorização 95 - Senha 95 - Senha 96 - Data da Autorização 94 - Data da Autorização 95 - Data da Au			94603825	6 - Data de Valid	dade da Senha 31/05/2	ı					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira		9 - Atendiment	o de RN	\neg			
0050000057641202				5/2026		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
VERIDIANA DE CARVALHO SALLES											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 1								17 - UF	18 - Código CBO		
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MA				i	06	06		22343		41	225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados 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 02/04/2024 00:00										0	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo	de Internação	24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. D	árias Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
2		С		1		1		S			N
29 - CID 10 Principal (opcio	onal) 30 -	- CID 10(2) (op	cional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32	CID 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a		loença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
	o do Procedir		- Descrição						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30728120			-		DES AO NIV	EL DO TORN	OZELO	- TRATAMENT		Qtao. oon	1
								1			
3- 18 6000080	5	D	IARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2	LEITOS COM	I BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
4-	.	_ _ _							I_	_	_
5-	.	_ _ _							<u> </u> -	_	
6- _ _ 7-	. . 	_ _ _								_	
8-	. - 	_ _ _							-	- 	
9-	.,								j-	-11 	
10-									i_		
11-	.	_ _ _							I_	_ _	_
12-	.	_ _ _							I_	_	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adm	issão hospita	alar 40 - Qtd	e Diárias Au 1	torizadas 41	- Tipo de Acor	nodação autoriza	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES											
10.246.214/0001-04		UN	NORT E C	ORTOPEDIA E	SPECIALIZ	ADA LTDA					6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/04/2024 / Empresa / Titular: VERIDIANA DE CARVALHO SALLES 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
1	- 11						-1.				



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 94603825 94603825 01/04/2024 16:13 94603825 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000057641202 8 - Nome **VERIDIANA DE CARVALHO SALLES** 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 FRATURA DE TORNOZELO E FRATURA DE TORNOZELO E **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 02958430 DISPOSITIVO FIXACAO LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC ZIPTIGH 80044680067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 76324397 SISTEMA DE PLACAS E PARAFUSOS PARA FIXACAO RIGIDA - 4207/05 2- 00 10223710068 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|__|, 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/04/2024 / Empresa / Titular: VERIDIANA DE CARVALHO SALLES 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização