

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95733952

(Via HOSPITAL)

1 - Registro AN	S [3_1	Número d	a Guia Atribuío	lo nela Oner	adora							
34326	+ +	Numero da	a Guia Allibuid	о реіа Ореі	adora		957	33952				
4 - Data da Aut	•	11	Senha	2522050	6 - Data de Vali		1					
08/07/2024 14:51 95733952 06/09/2024 Dados do Beneficiário 95733952 06/09/2024												
7 - Número da				8 - Va	alidade da Carteira	a	9 - Atendimen	to de RN				
0050000039856707 11/03/2026								1				
50 - Nome Social												
10 - Nome												
GUSTAVO	FARIAS SA	NTOS										
Dados do Cor		itante										
12 - Código na			11	- Nome do C	Contratado DRTOPEDIA E	CDECIAL I	7ADA TDA					
10.246.214/		P. St. J. C.	U	NIORIEC	JK I OPEDIA E				[40, N/	11 .	1147 115	[40, 07 E. ODO
14 - Nome do F) FII HO			- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 1			onseino	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hos				nternação							11	
19 - Código na	•			,	tal / Local Solicitad	do				21 - Data	a sugerida p	para Internação
10.246.214/	0001-04		UNIO	RT E ORT	OPEDIA ESPE	ECIALIZAD	A LTDA			15/07/2	2024 00:0	00
22 - Caráter do	Atendimento	23 - Tipo	23 - Tipo de Internação		24 - Regime de Internação 25 -		5 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr		evisão de uso de OP	ME 27 - Previsão de uso d		uso de Quimioterápico
1			С		1		1		S			N
28 - Indicação (CONDROPLA		REMOCA	O DE CORPO	OS LIVRES								
29 - CID 10 Pri	ncipal (opciona	al) 30 -	- CID 10(2) (op	cional)	31 - CID 10(3) (op	cional) 32	- CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou o	doença relacionada)
Procedimento	s ou Itens As	I sistenciai	s Solicitados									
34 - Tabela	35 - Código d	o Procedir		6 - Descrição							- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22	30734037				•	REMOCAO	DE CORPOS I	LIVRES) - PROCEDIME			1
2- 22 3- 18	30710030 60000805				DE PLACAS	ETIVO DE	2 LEITOS COM	/ RANH	IEIRO PRIVATIV	1 'O 1		1 1
4- 18	60024151								RTROSCOPIA I			1
5- _		_ _	_							_	_	_ _ _
6- _		_ _	_ _ _							_	_ _	_ _ _
7- _		_ _	_ _ _							_	_	
8- _ 9-		_lll ll	 							- 	_lll ll	
10-			_ _							- _		_ _
11-			ii _							i_	_	iii
12-		_ _	_							_	_	
Dados da auto	orização											
39 - Data prová	ivel da Admiss	ão hospita	alar 40 - Qto	le Diárias Au 1	torizadas 41	l - Tipo de Aco	modação autoriza	ida				
42 - Código na 10.246.214/		CNPJ auto	11		Hospital / Local Aut		ZADA LTDA					44 - Código CNES 6528104
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/07/2024 / Empresa / Titular: ERINALDO DA SILVA SANTOS												
46 - Data da So	olicitação	4	47 - Assinatura	do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatu	a do Beneficiário	ou Respo	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referer	nciada 95733952	4 - Senha	95733952	5 - Data da Autorização 08/07/2024 14:51	6 - Número da Guia atribuído	lo pela Operadora 95733952
Dados do Beneficiário		3070332		30700302	00/01/2024 14:01		30700302
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000039856707							
8 - Nome]					
GUSTAVO FARIAS SA	NTOS						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
JOSE EVERALDO PED	ROLLO FILHO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica CONDROPLASTIA (COM F CONDROPLASTIA COM R							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00499293		22 - Referência do mate	ial no fabricante O OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1	_ ,
80356130052	CA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	I—I ·	- -	_ '	
2-						_	,
					_		
3-				_ _	_ _ _ , _	_	,
					_ _ _ _		
4-	_ _ _				_	_	,
	 	IIIII				 -	,
						-ı ı—ı—ı—ı _ll	1-1-1-1-1'1-1-1
6- _					_	_	,
	_ _ _					_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 08/	/07/2024 / Empresa / Titular:	ERINALDO DA SILVA SANTOS				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		