

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93415955

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Oper	adora							
343269					934159	955				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	00445055	6 - Data de Valid							
06/12/2023 15	:06	93415955		04/02/2024						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN										
0050000061481591		- 11)5/2025		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome										
EMERSON LEE CAVA	LARI DE SIQ	UEIRA								
Dados do Contratado Solid	citante	12 Nome de (Contrata do							
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do (DONTRATADO DRTOPEDIA ES	SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA					
14 - Nome do Profissional So	olicitante				elho Profissiona	al 16 - Núr	nero do Cons	elho 17 -	UF 18 - Código CBO	
ALEXANDRE DE OLIV		oz		06		17905		41	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dade	os da Internação								
19 - Código na Operadora / C	11	20 - Nome do Hospi					11	•	ida para Internação	
10.246.214/0001-04		UNIORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		1	5/12/2023 (00:00	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnação 24 - Regi	me de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2	26 - Previsão de	uso de OPME	27 - Previsã	o de uso de Quimioterápico	
1 28 - Indicação Clínica	С		1	1		S			N	
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional	33 - Indio	cação de Acid	ente (acidente 9	ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As		citados								
34 - Tabela 35 - Código o	do Procedimento	36 - Descrição		IIM MENISCO	BBOCEDIMI	ENTO VIDEO	ARTROSO	37 - Qtde	_	
1- 22 30733065 2- 22 30733030			U SUTURA DE LASTIA (COM R						1	
3- 98 08011081	,							1		
4- 18 60024151		ALUGUEL1	AXA DE APAR	ELHO / EQUIPA	MENTO PAR	RA ARTROS	COPIA PAI	R 1	1	
5-										
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	são hospitalas	40 - Qtde Diárias Αι	utorizados 144	Tipo do Assessi-	ão autorizada	7				
39 - Data provavel da Admiss	sao nospitalar	40 - Qtde Diarias At	itorizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/12/2023 / Empresa / Titular: EMERSON LEE CAVALARI DE SIQUEIRA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93415955		93415955	06/12/2023 15:06	93415955	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000061481591							
8 - Nome							
EMERSON LEE CAVAL	ARI DE SIQUEIRA						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							
OPME Solicitadas	Ann del	December 7		10.00.7. 17.011	0.5% 1.40. 1/1.41.27% 0.5	The Land Court of the Court of	
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opçao 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00 00499293		NULA MICRODEBRIDACA	AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1 _ ,	
80356130052		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- _				_ _ _ -	_	_	
					_		
3-	_ _ _				_		
4-					_ _ _		
**					_	_	
5-	_ _ _ _ _	1-1-1-1-1-1-1-				 _	
	 _ _ _ _ _				_,,,,_,,,_, _		
6- _				_ _ _ -	_ _ _ , _	_	
					_	_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa		12/2022 / Empress / Tit-!	EMERSON LEE CAVALARI DE SIQUEIRA				
reletone Contratado: (43)3	312-0900 / Emitido em 06/	ı∠ı∠∪∠3 / Empresa / Titular:	EMERSON LEE CAVALARI DE SIQUEIRA				
26. Data da Callaita- a-	27 - Assinatura do Pr	oficeianal Caliaitanta		20 A i 4 1	Despesséval pole Autorione		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	onssional Solicitante		Zo - Assinatura do	Responsável pela Autorização		