

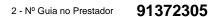
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91372305

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia	Atribuído pela Opel	radora					
343269				1372305			
4 - Data da Autorização 5 - Senha 30/05/2023 10:19	91372305	6 - Data de Validade da	9/07/2023				
Dados do Beneficiário					_		
7 - Número da Carteira 0050000054012689	t t	'alidade da Carteira 02/2024	9 - Atendin	nento de RN			
50 - Nome Social	05/0	J2/2024		N			
30 - Nome Social							
10 - Nome VALTEIR SABINO DIAS JUNIOR							
Dados do Contratado Solicitante							
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do	Contratado ORTOPEDIA ESPEC					
	UNIORIE	OKTOPEDIA ESPEC	15 - Conselho Pro		- Número do Co	nselho 17 - UF	18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ			06	† †	905	41	225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dad	•						
1 ' '	· ·	ital / Local Solicitado TOPEDIA ESPECIAL	IZADA LTDA			21 - Data sugerida p 31/05/2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte	ernação 24 - Regi	me de Internação 25 -	Qtde. Diárias Solicitad	das 26 - Previsã	io de uso de OPN	1E 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico
2 C		1	1		S		N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 1 Procedimentos ou Itens Assistenciais Soli 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011081	citados 36 - Descrição REPARO C OSTEOCO	31 - CID 10(3) (opcional) O OU SUTURA DE UM N NDROPLASTIA - EST OSCOPIA DE JOELH	ABILIZACAO, R	EDIMENTO VI	IDEOARTROS		
4- 18 60024151 5-	 	TAXA DE APARELHO				AR 1	1
Dados da autorização							
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Ai 1	utorizadas 41 - Tipo o	de Acomodação auto	rizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	11	Hospital / Local Autorizado					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/05/2023 / Empresa / Titular: PLASTMARE INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização							



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

Unimed A

	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	ıído pela Operadora
343269		91372305		91372305	30/05/2023 10:19		91372305
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
0050000054012689							
8 - Nome							
VALTEIR SABINO DIAS	JUNIOR						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa			23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4		
1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMEI 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	ii		_ 1	,	
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 20			_ 1	,
80743230025	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	•—•		_ '	-
3-		ARTINOM COMERC	NO DE IIII EARTEGORTOT EDIGGOET			_	_ _ ,
	- 						I—I—I—I"I—I—I
4-		IIIIII		_,			
	_,,,, _					_,,, _	ı—ı—ı—ı/ı—ı—ı
5- _					_	_	,
	_ _ _		<u> </u>	_		_ _	
6- _	_			_ _	_	_	_ _ , _
			 _ _ _ _ _ _ _ _ 				
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3:	372-0900 / Emitido em 30/	05/2023 / Empresa / Titular: I	PLASTMARE INDUSTRIA E COMERCIO	DE EMBALAGENS LTDA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		