

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94890127

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Op	eradora							
343269		, ,			94890	127				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	0.4000.40	6 - Data de Vali							
24/04/2024 14	:08	9489012	<u> </u>	23/06/2024						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN										
0050000036156160		N	uo							
50 - Nome Social										
10 - Nome										
THAYANE CRISTINA										
Dados do Contratado Solido 12 - Código na Operadora	citante	13 - Nome do	Contratado							
10.246.214/0001-04		11	ORTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissional So	olicitante			15 - Con	selho Profissio	nal 1	6 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIV	/EIRA QUEIR	oz		06		1	17905			225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	os da Internação								
19 - Código na Operadora / 0	11		pital / Local Solicitad		FD.4					ara Internação
10.246.214/0001-04						00 B :	~		024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	rnação   24 - Re	gime de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Previ	são de uso de OPN <b>S</b>	/IE    27 - F	revisao de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica			•							
REPARO OU SUTURA DI	E UM MENISCO	)								
•										
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opo	cional)   32 - CII	0 10(4) (opciona	al)    33	3 - Indicação de Ad	,	cidente ou d <b>9</b>	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	seistanciais Solid	ritados								
34 - Tabela 35 - Código		36 - Descriç	ão					37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065		•	OU SUTURA DE	UM MENISCO	- PROCEDIM	MENTO '	VIDEOARTRO			1
2- 22 30733030			PLASTIA (COM F			/RES) -	PROCEDIMEN			1
3- 98 08011081 4- 18 60000805			ROSCOPIA DE J E QUARTO COL				IDO DDIVATIV	1 0 1		1
5- 18 60024151			TAXA DE APAR							1
6-   _	_ _ _							_	_	_
7-   _	_ _ _							_	_	_
8-	_ _ _ _							<u> </u> _	_  _	
9-	_ _ _								-	
11-								 	-11 	 
12-	,,,, _								 -  _	.—.—. 
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde Diárias /	Autorizadas 41	- Tipo de Acomoda	ıção autorizada					
		2	1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES										
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: 2K JEANS LTDA										
(12)										
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura do Profiss	sional Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário ou	Respons	sável 49 - Assi	natura 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 <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referencia	94890127	4 - Senha	94890127	5 - Data da Autorização 24/04/2024 14:08	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora 94890127
Dados do Beneficiário		54550121		04000127	24/04/2024 14:00		34030121
7 - Número da Carteira	29	9 - Nome Social					
0050000036156160							
8 - Nome							
THAYANE CRISTINA D	A SILVA						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica REPARO OU SUTURA DE REPARO OU SUTURA DE							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N			No. 61 to a		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00499293</b>		22 - Referência do mater	nal no fabricante O OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_  1	_ ,
80356130052	OAITO		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	II		-1 '	III'II
2-   _	_ _ _					_	,
					_ _ _ _ _	_ _	
3-				_  ,  _ _	_	_ _	_ _ , _
	_ _ _				_ _ _ _	_	
<sup>4-</sup>	_ _ _	111111			_	_	_ ,
5-		IIIIIII				 _	,
6-   _				_   _ -	_   _ _ ,	_	,
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 24/04/	/2024 / Empresa / Titular:	2K JEANS LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profis	ssional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		