

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95066179

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95066179									
343269		5 - Senha 6 - Data de Validade da									
4 - Data da Autorização 09/05/2024 17:25		11		6 - Data de Valid	08/07/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	Atendimento	de RN				
0050000014341894 18/09/2024						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome FABIO MARQUES											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profission					15 - Cons	selho Profissio	16 - Número do Conselho		17 - UF 18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Lo][]	
19 - Código na Operado			•	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sunerida n	ara Internação
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 20/05/2024 0											
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Ir		- Tipo de Interna C	rnação 24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias			revisão de uso de OPME 27 - S		Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica					11						
29 - CID 10 Principal (or	ocional	30 - CID 10(2	((oncional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional\ 32 - CIF	10(4) (opciona	21)	33 - Indicação de Ac	sidente (a	cidente ou c	oonea relacionada)
29 - CID 10 Philicipal (of	ioriai) 32 - Cil	10(4) (opciona	ai)	33 - Mulcação de Ad	dente (a	9	oença relacionada)				
Procedimentos ou Iter											
1- 22 307330 2- 22 307100 3- 18 600000	090 030 805	ocedimento	TRATAMEN RETIRADA I DIARIA DE	DE PLACAS QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM I	BANH	EDIMENTO VIDE	EO 1 1 0 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1
4- 18 60024		- - -	ALUGUELIA	ANA DE APAR	ELHO / EQUIFA	AMENTO PA		RTROSCOPIA P	AR 1 _ _ _	_ _ _ _	
9-	- - -	- - -							_ _ _	_ _ _	_ _ _
Dados da autorização											
39 - Data provável da A	dmissão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut 1	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código 6528104											44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/05/2024 / Empresa / Titular: INSTITUTO NOSSA SENHORA AUXILIADORA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	itura do Profissior	nai Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário ou	ı Respo	nsável 49 - Assii	natura do	Responsáv	el pela Autorização



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 95066179 95066179 09/05/2024 17:25 95066179 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000014341894 8 - Nome **FABIO MARQUES** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica RETIRADA DE PLACAS RETIRADA DE PLACAS **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 1- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|_|,|__| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/05/2024 / Empresa / Titular: INSTITUTO NOSSA SENHORA AUXILIADORA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização 26 - Data da Solicitação