

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90505607

(Via HOSPITAL)

"	lúmero da Guia Al	tribuído pela Ope	eradora								
343269					90505	5607					
4 - Data da Autorização 16/03/2023 10:	5 - Senha	9050560	6 - Data de Valid	15/05/20	3						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		11	Validade da Carteira		9 - Atendimento	de RN					
0050000006120000											
50 - Nome Social											
10 - Nome WAGNER DANIEL DA CRUZ											
Dados do Contratado Solici	tante	1.									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do	Contratado ORTOPEDIA ES	SDECIALIZA							
14 - Nome do Profissional Soli	citante	ONIORIE	OKTOPEDIA ES		nselho Profissio	nal 16 - Número d	lo Conselho	17 - UF	18 - Código CBO		
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ					1013310	17905	io conscino	1 11	225270		
Dados do Hospital / Local S		,									
19 - Código na Operadora / Cl 10.246.214/0001-04	11		oital / Local Solicitado TOPEDIA ESPE		_TDA		11	sugerida pa 023 00:00	ra Internação		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Intern	ação 24 - Reg	jime de Internação	† i	ias Solicitadas	26 - Previsão de uso de	OPME 27 - F		so de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM A				<u> </u>							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)		ID 10(4) (opcion	al) 33 - Indicação	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacio		ença relacionada)		
Procedimentos ou Itens Ass	sistenciais Solicit	ados									
1- 22 30733103 2- 22 30733073 3- 22 30731216 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	Procedimento	RECONST TRANSPO DIARIA DE	IDADE FEMORO- RUCAO, RETEN SICAO DE MAIS E QUARTO COLI	CIONAMENT DE 1 TENDA ETIVO DE 2 I	O OU REFOR O - TRATAMI EITOS COM I	ERAL DA PATELA CO DO LIGAMEN ENTO CIRURGICO BANHEIRO PRIVA ARA ARTROSCOP	A, RET 1 TO CR 1 1 TIVO 1	- Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissã	no hospitalar 40) - Qtde Diárias A	utorizadas 41 -	- Tipo de Acomo	dação autorizada						
Take provided runnings		1	1	. po do nooille							
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	NPJ autorizado	11	Hospital / Local Auto		DA LTDA			- 11	4 - Código CNES 5 528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/03/2023 / Empresa / Titular: WAGNER DANIEL DA CRUZ 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável 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 Referenciada 90505607	4 - Senha	90505607	5 - Data da Autorização 16/03/2023 10:08	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora 90505607
Dados do Beneficiário	90303007		90303007	10/03/2023 10:00		90303007
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000006120000	25 (10)					
8 - Nome						
WAGNER DANIEL DA	CRUZ					
Dados do Profissional Solic	tante					
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045	rial 22 - Referência do mate LAMINA PARA SHAVER SE		23 - Nº Autorização _ 2	de Funcionamento	_ 2	
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_ 2	_ ,
2- 00 70627657		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA			_ 1	,
10208610040	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
3- 00 00597007		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_ 1	_ _ , _	_ 1	,
80044680085	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
⁴⁻			-1 -	_	_	_ ,
5-				_ _	 _	_ _ , _
6- _			_ _	_	_	_ _ , _
			_ _ _ _		_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 16/03/2023 / Empresa / Titular:	WAGNER DANIEL DA CRUZ				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		