

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91366089

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	dora			\neg				
343269						913660	89				
4 - Data da Autorização 29/05/2023	17.20	5 - Senha	91366089	6 - Data de Valid	lade da Senha 28/07/2023						
Dados do Beneficiário	17:20		91300009		20/01/2023						
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000002566136 08/02/2024						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
NADIA APARECIDA	DE SC	DUZA									
Dados do Contratado S		•									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C		SPECIALIZADA	LITOA					
14 - Nome do Profissiona		ato.	ONIONI E O	INTOI EDIA EX		elho Profissiona	16 - Núm	nero do Cons	elbo 17	- UF 1	18 - Código CBO
CARLOS EDUARDO					06				41	11	225270
Dados do Hospital / Loc			da Internação							_	
19 - Código na Operadora			-	al / Local Solicitado)			2	1 - Data suge	erida par	a Internação
10.246.214/0001-04		- 11			CIALIZADA LT	DA		o	2/06/2023	00:00	
22 - Caráter do Atendiment	0 23 -	Tipo de Interna	rnação 24 - Regime de Internação 25 -		25 - Qtde. Diárias	Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr		Previsão de uso de OPME 27 -		Previsão de uso de Quimioterápico	
1		С		1	1		S			N	I
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA E	-										
29 - CID 10 Principal (opc	ional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indica	ação de Acid	ente (acident	te ou doe	ença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assiste	nciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Códi		cedimento	36 - Descrição							e. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22 3072248 2- 18 6000038				OPLASTIA CON		ICAO COMBI	ETA		1		1
2- 18					ITE COM REFE ETIVO DE 2 LE			RIVATIVO	1		1
4-	,5 		DIANIA DE	QUARTO OOL		100 00111 157	AMILINOTI	WAIIVO	. i	1	
5-	_	 							_	_i	i_i_i_i
6-	_ _	_							_ _ _		
7-	_								_	<u></u> !	<u> - - - </u>
8- _	_	_ 							_	_	
9- _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ll _l	_ 							_ 	<u> </u>	
11-	_!!! _	 _								 	
12-	_,, _	.—.—. _							_	i	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adr	nissão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut 1	orizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
							4 - Código CNES 528104				
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/05/2023 / Empresa / Titular: NADIA APARECIDA DE SOUZA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do I	Beneficiário ou F	Responsável	49 - Assina	tura do Resp	onsável	pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	
343269		91366089		91366089	29/05/2023 17:28		91366089
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000002566136							
8 - Nome							
NADIA APARECIDA DI	E SOUZA						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
CARLOS EDUARDO M	OTOOKA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica	ANEVO						
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A INDICAÇÃO CLÍNICA EM A							
INDIONONO CENTON EM 7	WEXC						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - № Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
			A ARTICULAÇÃO DE DEDO - LTX	I I 1		1	_ _ , _
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		-ı ·	1-1-1-1-111-1-1
2- 00 72549912	ANG		JUGGERKNOTLESS - 010000324: 1.45 MM J			_ 1	_ _ , _
80044680279			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1	1-1-1-171-1-1
3-						_	,
4-					_	_	,
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
5-	_ _ _			_ _ _	_	_	_ _ , _
			 _ _ _ _ 		_ _ _ _	_ _	
6- _	_ _ _				_	_	,
	_ _ _				_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Materia	l						
25 - Observação / Justificativa		/05/0000 / 5 / Tit I	NADIA ADADEGIDA DE GOLIZA				
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 29/	05/2023 / Empresa / Titular: r	NADIA APARECIDA DE SOUZA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
					,,		