

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91691655

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269						9169	1655				
4 - Data da Autorização 28/06/2023	18-12	5 - Senha	91691655	6 - Data de Valid	dade da Senha 27/08/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000032175259 14/06/2024						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
HELIO TAKEDA											
Dados do Contratado S 12 - Código na Operadora		e	13 - Nome do C	ontratado							
10.246.214/0001-04			UNIORT E C	RTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissiona JOAO PAULO FER			:IPO		15 - Cor 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do C 28617			nselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
								20017		41	223270
Dados do Hospital / Loc 19 - Código na Operadora			•	al / Local Solicitado					21 - Data	sugarida n	ara Internação
10.246.214/0001-04		11		OPEDIA ESPE		TDA				2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendiment 1	23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPI S	ИЕ 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					1						
29 - CID 10 Principal (opc	cional)	30 - CID 10(2	?) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cl	0 10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	•	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assiste	nciais Solicita	ıdos								
34 - Tabela 35 - Códi	go do Pro	ocedimento	36 - Descrição							- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3073300 2- 22 3073300								O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI <i>l</i>			1
2- 22				SCOPIA DE JO		•	ECCAC	J E/00 PLASTI	A# 1 1		1
4- 18 6000038				ACOMPANHAN			PLETA	A	1		1
5- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO PA	ARA AF	RTROSCOPIA F	AR 1		1
6-	_ _ _	.							_	_	_ _ _
7-	_ _ _									_ _	
8- _ 9-	_	 							-	_lll l l	
10-	 	!!! 							 	-!!! 	
11-	_										 _
12-	_ _ _	<u> </u>							İ_	_	III
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adı	missão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomod	ação autorizad	а				
43 - Nome do Hospital / Local Autorizado						ΔΙΤΟΔ					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/06/2023 / Empresa / Titular: IPEDDIA ENCAMINHAMENTO DE EXAMES LTDA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	u Respoi	nsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 91691655	4 - Senha	5 - Data da Autorização 28/06/2023 18:12	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
		91091000		91691655	20/00/2023 10:12		91691655				
Dados do Beneficiário		DO Nove Octob									
7 - Número da Carteira 0050000032175259		29 - Nome Social									
8 - Nome											
HELIO TAKEDA											
Dados do Profissional Solici			V	17.							
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
JOAO PAULO FERNAN	DES GUERREIRO										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica LESAO DO MENISCO + CA LESAO DO MENISCO CAF											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do materia	al no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtd 23 - № Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SETC		I I 1		_ 1	,				
80777280006			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-ı ·	1-1-1-1-171-1-1				
2-	_			 		_	_ _ ,				
3-	_ _ _ _				_	_	,				
4-	_ _ _ _				_ <u> </u>	_	,				
5-	-				_	_	_ _ _ ,				
6- _ _ _ _ _	- - <u> </u>					_l	_ _ , _				
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 28/	06/2023 / Empresa / Titular: IF	PEDDIA ENCAMINHAMENTO DE EXAMES L'	TDA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						