

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92441318

(Via HOSPITAL)

1 "	Número da Guia Ati	ibuído pela Ope	radora						
343269					9244131	8			
4 - Data da Autorização 05/09/2023 14:	5 - Senha	92441318	6 - Data de Valida	04/11/202	3				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		11	/alidade da Carteira		- Atendimento de F	RN			
0050000001340525		15/	09/2025		N				
50 - Nome Social									
10 - Nome LAZARA DE OLIVEIRA	CUSTODIO								
Dados do Contratado Solici	tante								
12 - Código na Operadora		13 - Nome do	Contratado						
10.246.214/0001-04		UNIORT E	ORTOPEDIA ES	PECIALIZAD	A LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA			15 - Coi	selho Profissional	16 - Número do 19475	Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local S	solicitado / Dados	da Internação							
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	11		oital / Local Solicitado	IALIZADA L	TDA		11	a sugerida pa 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interna	ıção 24 - Reg	ime de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas 26 -	Previsão de uso de	DPME 27 - I	Previsão de u	uso de Quimioterápico
1 1	C		1	3	İİ	S	İ		N
28 - Indicação Clínica				<u> </u>					
29 - CID 10 Principal (opciona	I) 30 - CID 10(2	?) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcio	onal) 32 - CI	D 10(4) (opcional)	33 - Indicação d	e Acidente (a	cidente ou d	oença relacionada)
								9	
Procedimentos ou Itens Ass	sistenciais Solicita	idos							
1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 22 30735092 5- 98 08011961 6- 18 60000384 7- 18 60000805 8- 18 60024151 9-	- Procedimento	RUPTURA RESSECC TENOTOM PCT ARTR DIARIA DE DIARIA DE	O PLASTIA - PROCI DO MANGUITO F AO LATERAL DA IA DA PORCAO L OSCOPIA DE ON E ACOMPANHANT E QUARTO COLE TAXA DE APARE	ROTADOR - F CLAVICULA LONGA DO B IBRO - ENF - TE COM REF TIVO DE 2 LI	ROCEDIMENTO - PROCEDIMENTO ICEPS - PROCE UNIORTE EICAO COMPLE EITOS COM BAI	O VIDEOARTRO NTO VIDEOART EDIMENTO VIDE ETA NHEIRO PRIVAT	ROSC 1 ROSC 1 OART 1 1 2	- Qtde. Soli	2 2 1
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admissa	ão hospitalar 40	- Qtde Diárias A 3	utorizadas 41 - 1	Tipo de Acomod	ação autorizada				
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	NPJ autorizado	1	Hospital / Local Autor		A LTDA			11	44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitio		23 / Empresa / Titul			ananahun 140 d	logicature d	Doons	al colo Autorios a "



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenc	! !	4 - Senha	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		92441318		92441318	05/09/2023 14:23	<u> </u>	92441318		
Dados do Beneficiário		OO Nama Casial							
7 - Número da Carteira 0050000001340525		29 - Nome Social							
8 - Nome									
LAZARA DE OLIVEIRA	CUSTODIO								
Dados do Profissional Solid									
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail				
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento					
1- 00 71502718					_ _ _ ,	_ 3	,		
80044680086		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 00 00590045	LAN	IINA PARA SHAVER SET		2	_ _ ,	_ 2	,		
80777280006									
3- 00 00116700 80743230025	6700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				<u> _ _ _ ,</u>	_ 1	,		
4- 00	CAN		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	_ _ _ _ _ 		1			
80777280003	OAII		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ <u> </u>	- - - - - - - - - - - - - -	-1 '	IIII ¹ II		
5- 00 00622494	GAN	NCHO COMPRESSAO SU	TURA BIP 74201000	_ 1		_ 1	,		
80356130057		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _					
6- <u> </u>	_ _ _ _ _ _ _			_ _ - - - _ _ - - - - -	_	_	,		
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		09/2023 / Empresa / Titular: \$	SALVADOR CUSTODIO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				