

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93026121

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	adora								
343269							93026	6121				
4 - Data da Autorização 31/10/2023 1	5 - Seni		3026121	6 - Data de Vali		Senha 01/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	a	9 -	Atendimento	de RN				
0941501450000024							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome GISELE DE FATIMA SACKIS PIRES												
Dados do Contratado So	icitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do C	ontratado ORTOPEDIA E	:CDECI/	11 17 A D A	LTDA					
14 - Nome do Profissional S	Solicitante	ON	IONTEC	KIOFEDIAE	.SFECIA		elho Profissio	nal 1	6 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						06 17905				CHOOMIC	41	225270
Dados do Hospital / Loca		ados da Int	ternação									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		al / Local Solicitad		'ADA T				11		oara Internação
				IIORT E ORTOPEDIA ESPECIALI						<u> </u>	1/2023 00:00 7 - Previsão de uso de Quimioterápico	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de I	nternação	24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qt	tde. Diarias	Solicitadas	26 - Previs	são de uso de OP	ME 27 - 1	Previsao de	N Quimioterapico
28 - Indicação Clínica DOR INSTABILIDADE A	NTERIOR JOE	I HO ESO	UFRDO LE	SAOLCA LCM	Л							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)												
									9			
Procedimentos ou Itens A												
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726190 2- 22 30733049 3- 22 30731216 5- 18 60000384 6- 18 60000554 7- 18 60024151 8-		LE OS RE TR DIA AL	STEOCON CONSTR ANSPOS ARIA DE A	GAMENTARES IDROPLASTIA UCAO, RETEN ICAO DE MAIS ACOMPANHAI APARTAMEN AXA DE APAR	A - ESTA NCIONA S DE 1 T NTE CO TO SIMI RELHO /	BILIZAC. MENTO (FENDAO - M REFEI PLES FEQUIPA	AO, RESSI DU REFOR - TRATAMI CAO COMI	ECCAO COO DO ENTO CI PLETA	E/OU PLASTI LIGAMENTO IRURGICO	RUR 1 A # 1 CR 1 1 1	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
39 - Data provavel da Admi	รรสบ เเบรมเเสเสร	40 - Qiae	Diarias Aut 1	orizadas 41 12		Acomodáç	au auturizada	²				
42 - Código na Operadora	CNPJ autoriza	11	Nome do H	ospital / Local Aut	torizado							44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/10/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE OURINHOS COOPE RATIVA DE TRABALHO MEDICO 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	Assinatura d	o Profission	nal Solicitante	48 - Assir	natura do B	eneticiário ou	ı Kespons	avei 49 - Ass	sinatura do	Responsáv	ei 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 93026121	4 - Senha	93026121	5 - Data da Autorização 31/10/2023 10:17	6 - Número da Guia atrib	Número da Guia atribuído pela Operadora 93026121	
		93020121		93020121	31/10/2023 10.17		93020121	
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0941501450000024		25 Nome Goda						
8 - Nome								
GISELE DE FATIMA SA	ACKIS PIRES							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica DOR + INSTABILIDADE AN DOR INSTABILIDADE AN AUTORIZADO CONFORMI	TERIOR JOELHO ESQUEI							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizad	a 20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00	CAI		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	_ _ _ ,	_ 1	,	
2- 00	PAI	RAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ ,	
3- 00 70627657 10208610040	PLA	CA ENDOBOTTON PARA	A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 _ 1		_ 1	,	
4- 00	CAI	NULA MICRODEBRIDACA	AO AMC F 2,9X5,5MM 891710000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2		_ 2	_ ,	
5- _ _					_	_	_ ,	
 6- _ <u> </u>					-	- _	_ _ , _	
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		10/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titul	ar: UNIMED DE OURIN	NHOS COOPERATIVA DE TRABA	ALHO MEDICO		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização			