

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92010404

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - I	Número da Guia A	Atribuído pela Op	eradora							
343269					9201	10404				
4 - Data da Autorização 27/07/2023 16:	5 - Senha	9201040	6 - Data de Valid	dade da Senha 25/09/2 (23					
Dados do Beneficiário	31	3201040	<u> </u>	25/05/20	23					
7 - Número da Carteira		8 -	Validade da Carteira		9 - Atendiment	o de RN	1			
0050000036078991 15/09/2025					N					
50 - Nome Social										
10 - Nome LUANA HELLEN DE SOUZA										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora		13 - Nome do		CDECIAL IZ						
10.246.214/0001-04	ioitanto	UNIORIE	ORTOPEDIA ES		Conselho Profissi	ional 16	- Número do Co	ancolho I	17 - UF	18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ				06	† †			11	11	225270
Dados do Hospital / Local S										
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	11		spital / Local Solicitado RTOPEDIA ESPE		LTDA			21 - Data su 03/08/202	-	ra Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interi	nação 24 - Re	gime de Internação	25 - Qtde. Di	árias Solicitadas	26 - Previsão	o de uso de OPI	ME 27 - Pre		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM				1		I L				
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional		(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relac 9			ença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solici	itados								
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733030 2- 22 30733073 3- 22 30731216 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	Procedimento	RECONS' TRANSPO DIARIA D	ÃO PLASTIA (COM F TRUCAO, RETEN DSICAO DE MAIS E QUARTO COL LTAXA DE APAR	CIONAMEN DE 1 TEND ETIVO DE 2	TO OU REFO AO - TRATAN LEITOS COM	RCO DO LI MENTO CIR I BANHEIR	IGAMENTO (RURGICO O PRIVATIV	NTO 1 CR 1 1 O 1	 	. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	0 - Qtde Diárias . 1	Autorizadas 41 1	- Tipo de Acom	odação autorizad	da				
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	NPJ autorizado	11	Hospital / Local Auto		NDA LTDA				- 11	14 - Código CNES 6 528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/07/2023 / Empresa / Titular: S2RJ ACADEMIA DE GINASTICA LTDA 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

	* 	Senha	22242424	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	•
343269	92010404		92010404	27/07/2023 16:31		92010404
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000036078991						
8 - Nome						
LUANA HELLEN DE SO	DUZA					
Dados do Profissional Solici	tante					
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	EIRA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A						
INDICAÇÃO CLINICA EM A	NEXO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			•	de Funcionamento		
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORM	·	2		_ 2	,
80777280006		DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA _	- -			
2- 00 70627657 10208610040		GAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	1		_ 1	,
		DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA _	- -	_		
3- 00 00597007 80044680085		EABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB _ DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 1 1 1 1		_ 1	_ ,
	AKTHROM COMERCIO L	DE IMPLANTESORTOPEDICOSETDA	-1111	_		
4-				_	_	_ ,
-			-lllll	-!!!!!!!!!	 -	_ ,
				_	-l	I
					 -	_ ,
			 		-ı ı—ı—ı—ı _ll	1-1-1-1-1'1-1-1
24 - Especificação do Material						
2. Zopodniouguo uo materiai						
25 - Observação / Justificativa						
	372-0900 / Emitido em 27/07/2023 / Empresa / Titular: S2RJ	J ACADEMIA DE GINASTICA LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	2	28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		