

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92007091

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Núme | ro da Guia At | ribuído pela Oper | adora | | 9200 | 7091 | | | | | |
|---|--|------------------|--|--|---|--|---------------|-----------------------------|--------------------------------|---|--|--|
| 4 - Data da Autorização 27/07/2023 | - 11 | 5 - Senha | 92007091 | 92007091 6 - Data de Validade da | | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | 11 | alidade da Carteira | 9 | - Atendimento | de RN | | | | | |
| 0050000001597011 | | | 19/0 | 04/2024 | | N | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome | | | | | | | | | | | | |
| FATIMA CRISTINA DE SA Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 11 | 13 - Nome do Contratado | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 | | | UNIORTE | UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional ALEXANDRE DE OI | | | Z | | 15 - Cor 06 | †† | | Número do Con 105 | T7 - UF 18 - Código CBO 225270 | | | |
| Dados do Hospital / Loc | al Solicit | ado / Dados | da Internação | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 01/08/2023 00:00 | | | | | | | | | | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento | 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internaç 1 C | | ação 24 - Regi | 24 - Regime de Internação 25 | | 5 - Qtde. Diárias Solicitadas 2 6 - F | | Previsão de uso de OPME 37 | | 7 - Previsão de uso de Quimioterápico N | | |
| 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA E | | | 1 | | J L | | L | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opc | onal) | 30 - CID 10(| 2) (opcional) | 31 - CID 10(3) (opc | ional) 32 - CII | D 10(4) (opcio | nal) 33 - I | ndicação de Aci | dente (acidente | ou doença relacionada) | | |
| | | | | | | | | | 9 | | | |
| Procedimentos ou Itens | | | | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Códiç 1- 22 3073306 2- 22 3073304 4- 18 6000038 5- 18 6000055 6- 18 6002415 7- | 5 9 0 4 4 | _ _ _ | OSTEOCOI PCT ARTR DIARIA DE DIARIA DE | OU SUTURA DE NDROPLASTIA OSCOPIA DE JO ACOMPANHAN APARTAMENT | - ESTABILIZA DELHO UNIOR NTE COM REFI TO SIMPLES | CAO, RESS T - APT EICAO COM | ECCAO E/ | OU PLASTIA | # 1 1 1 | . Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | |
| Dados da autorização | | | Ot to Division A | | T' - 1 - A 1 | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Adr | iissao ho | spitalar 40 | - Qtde Diárias Au | utorizadas 41 12 | - Tipo de Acomoda | içao autorizad | id | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNE 6528104 | | | | | | | | 44 - Código CNES 6528104 | | | | |
| 45 - Observação / Justifica Telefone Contratado: (- | | | do em 27/07/20: | | ular: FATIMA CR | | | el 49 - Assin: | atura do Respoi | nsável pela Autorização | | |



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

Unimed A

| 4 Danistra ANG | 3 - Número da Guia Referen | sia da | 4 Carba | | I C. Data da Autarianaño | C. Niśmana da Onia atrib | | | | | |
|---|----------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------|--|---------------------------------------|-----------------|--|--|--|--|
| 1 - Registro ANS | 3 - Numero da Guia Referen | 92007091 | 4 - Senha | 00007004 | 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atrib 27/07/2023 14:28 | | · · · | | | | |
| 343269 | | 92007091 | | 92007091 | 27/07/2023 14:28 | | 92007091 | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | | | | |
| 0050000001597011 | | | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | | | |
| FATIMA CRISTINA DE SA | | | | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solici | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | | | | | |
| ALEXANDRE DE OLIV | EIRA QUEIROZ | | | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A | | | | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do I | | Descrição | Select fel deces | | 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado | | | | | | |
| 21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045 | | 22 - Referência do mate | | | de Funcionamento | | | | | | |
| 1- 00 00590045 80777280006 | LAN | MINA PARA SHAVER SET | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD | _ 1 | | _ 1 | , | | | | |
| 2- 00 00116700 | CAN | | PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 | | | 1 1 | | | | | |
| 80743230025 | CAI | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD | | | _ 1 | IIII,II | | | | |
| 3- | | ANTINOW COWLE | SIO DE IMIFEANTESONTOFEDICOSETE | '^ | | | | | | | |
| ³⁻ | | | | | | _ | I | | | | |
| 4- | | IIIIII | | | | - | | | | | |
| ⁻ | | 111111 | | | | -I | 1-1-1-1-1/1-1-1 | | | | |
| 5- | | IIIIII | | ' | | _l | , | | | | |
| · | _ _ _ _ _ | | | | | -ı ı—ı—ı—ı | 1-1-1-1-111-1-1 | | | | |
| 6- | | 1111111 | | · | | _,, _ | , | | | | |
| | | | | | | _l_l | 1111/111 | | | | |
| 24 - Especificação do Materia | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | <u> </u> | | <u> </u> | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/07/2023 / Empresa / Titular: FATIMA CRISTINA DE SA | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pro | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura d | o Responsável pela Autorização | | | | | | |
| • | 11 | | | 11 | | | | | | | |