

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94468997

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operadora							
343269	Tamoro da Cala /	, unbuldo po	sia oporadora		9	94468997				
4 - Data da Autorização 19/03/2024 16:46			94468997 6 - Data de Validade da		Senha /05/2024					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira			8 - Validade d	da Carteira	9 - Atendir	mento de RN				
0050000060057060 15/01/2025				5		N				
50 - Nome Social										
10 - Nome JOAO RICARDO PASSOS										
Dados do Contratado Solic	itante									
12 - Código na Operadora		H	ome do Contrata			_				
10.246.214/0001-04		UNIO	RIEORIO	PEDIA ESPECIA			["][u=1	40.0/1.000	
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ					15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905			11 11	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local S								r		
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	al Solicitado IA ESPECIALIZ	ADA LTDA			21 - Data sugerida pa 27/03/2024 00:00	-				
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	rnação 2	24 - Regime de Int	ernação 25 - Qt	de. Diárias Solicita 1	das 26 - Pr	evisão de uso de OPN S	l i	o de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica DOR LIMITAÇÃO PARA A	NDAD OF		TDAT 0: ""							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		0(2) (opcion	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9		ença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	citados								
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	REPA OSTE PCT	EOCONDROP ARTROSCOP GUELTAXA D	PLASTIA - ESTA PIA DE JOELHO	BILIZACAO, R UNIORTE - EN EQUIPAMENT	ESSECCA NF TO PARA A		A # 1 1	38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1	
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	40 - Qtde Di	iárias Autorizada	41 - Tipo de	Acomodação auto	orizada				
1				D Hospital / Local Autorizado 44 - Código C CORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104					4 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/03/2024 / Empresa / Titular: JOSE RICARDO DOS PASSOS 53873874920 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

1 "	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269	94468997			94468997		9446899						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social										
0050000060057060												
8 - Nome												
JOAO RICARDO PASSOS												
Dados do Profissional Solic	tante											
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1.	1 - E-mail							
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica DOR + LIMITAÇÃO PARA A DOR LIMITAÇÃO PARA A	ANDAR SEM MELHORA C NDAR SEM MELHORA C	TRAT. CLINICO										
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - V	alor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento							
1- 00 00499293 80356130052	CAP		NO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2	_ ,	_ 2 _	_ ,					
2-		AKTIIKOW COWIEK	SIO DE IMPLANTESONTOPEDICOSETDA		_ _ _ _							
* 	- 			- I—I I—I—I- - I I I I I I		-						
3-	_ _ _	111111		_		,, _						
						 _ _						
4- _	_ _ _			_ _ _ _	_	_	_,					
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _						
5-	-		 	- - -	_ _ _ _ _	_	_ ,					
			-		_ _ _ _	_ _						
6- _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _			- - - - - - -	l	_	_,					
24 - Especificação do Material												
25 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/03/2024 / Empresa / Titular: JOSE RICARDO DOS PASSOS 53873874920												
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							