

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

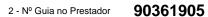
90361905

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da (Guia Atribuído	pela Opera	adora			9036	1905				
4 - Data da Autorização	5 - Se	enha		6 - Data de Valid	lade da Se	enha						
03/03/2023	15:05	90	361905		16/05	5/2023						
Dados do Beneficiário									_			
7 - Número da Carteira 9941984524617014			11	lidade da Carteira 6/2023		9 - 4	Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social												
10 - Nome KAMILA MENESES FREIRE REI												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operador		11	Nome do C		04 DEN		n	011DDII				
78.613.841/0001-61		ASS	SOCIACA	AO EVANGELI							[47 UE]	[40, 0′ E. 000
14 - Nome do Profissiona ALEXANDRE RIBE		NZA				15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselho 28281		17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicitado /	Dados da Int	ernação									
19 - Código na Operador		11		al / Local Solicitado					11			ara Internação
78.613.841/0001-61				EVANGELICA				DRINA 22/03/2			2023 00:00	
22 - Caráter do Atendimen	11	e Internação C	24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde	e. Diárias S 1	Solicitadas	26 - Previ	isão de uso de OPM S	E 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				<u>'</u>								N
29 - CID 10 Principal (op	cional) 30 - C	CID 10(2) (opci	onal) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional)	32 - CID 1	10(4) (opcior	nal) 33	3 - Indicação de Aci	,		doença relacionada)
D		0-1:-:							9		9	
Procedimentos ou Itena 34 - Tabela 35 - Códi	go do Procedime		Descrição							37	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307330 2- 22 307262 3- 22 307100 4- 22 307100 5- 18 600005 6- 18 600241 7-	90 39 22 30 54	TR RE RE DIA	ATAMEN ALINHAN TIRADA I TIRADA I ARIA DE UGUELTA	MENTOS DO AI DE FIOS, PINO DE PLACAS APARTAMENT	PARELHO S, PARA TO SIMPLELHO / E	O EXTE FUSOS LES EQUIPAN	NSOR - TI OU HAST MENTO PA	RATAMETES MET	DIMENTO VIDE ENTO CIRURGIO FALICAS INTRA TROSCOPIA PA	0 1 C 1 -0 1 2		1 1 2 1 1 1
Dados da autorização												
39 - Data provável da Ad	missão hospitala	r 40 - Qtde	Diárias Aut 1	torizadas 41 · 12		comodaçã	ão autorizad	a				
42 - Código na Operador 78.613.841/0001-61		11		ospital / Local Auto		EFICEN	ITE DE L	ONDRIN	IA			44 - Código CNES 2550792
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. FAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30710022 RETIR ADA DE FIOS 1X - NEGADOS 30710022 X10 por duplicidade e/ou sem pertinencia em acordo com resolucao do Conselho Federal de Medicina n 1.673/03 sobre CBHPM e processo-consulta CFM n 16/2016 parecer CFM n 12/2017.REFERENTE ***** CAPA DE VIDEO INCLUSO EM TAXA DE SALA. EQUIPO PAGO EM CONTA HOSPIT ALAR ******* / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A												

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	ciada	4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		90361905	90361905			03/03/2023 15:05	90361905				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
9941984524617014											
8 - Nome		_									
KAMILA MENESES FREIRE REI											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone		1	1 - E-mail					
ALEXANDRE RIBEIRA F	PROVENZA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica PACIENTE EM POS OPERATORIO TARDIO DE SHATZKER IV EVOLUI COM DOR INTENSA, DISNIVEL DE MARCHA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. SOLICITO RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE. S82 AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. FAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30710022 RETIRADA DE FIOS 1X - NEGADOS 30710022 X10 por duplicidade e/ou sem pertinencia em acordo com resolucao do Conselho Federal de Medicina n 1.673/03 sobre CBHPM e processo-consulta CFM n 16/2016 parecer CFM n 12/2017.REFERENTE ***** CAPA DE VIDEO INCLUSO EM TAXA DE SALA. EQUIPO PAGO EM CONTA HOSPITALAR *******											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Materi 1- 00 00590045		22 - Referência do mate WINA PARA SHAVER SET		2	23 - № Autorização I 1	de Funcionamento	I 1				
80777280006	LAI		CIO DE IMPLANTESORTOP	PEDICOSI TDA I	_ ' 	-	_ '	,			
2- 00 00116700	CA		PED 90 GRAUS 200MM CA		 1		1				
80743230025	-		CIO DE IMPLANTESORTOP		_, 			1-1-1-1-1/1-1-1			
3-					_	_		_ _ , _			
				_			_ _				
4- _				L	_	_ _ _ , _	_	,			
			_				_				
5- _	<u> _ _ _ </u>				_		_	,			
6-	-		-	-			_				
					-!		_	-			
24 - Especificação do Material	-	1111111	-11111111	-111			_ 				
24 Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. FAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30710022 RETIRADA DE FIOS 1X - NEGADOS 30710022 X10 por duplicidade e/ou sem pertinencia em acordo com resolucao do Conselho Federal de Medicina n 1.673/03 sobre CBHPM e processo-consulta CFM n 16/2016 parecer CFM n 12/2017.REFERENTE ****** CAPA DE VIDEO INCLUSO EM TAXA DE SALA. EQUIPO PAG O EM CONTA HOSPITALAR ******* / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					