

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94862831

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Oper	adora							
343269						94862	2831				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid							
22/04/2024	17:43		94862831		28/06/2024						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 0252709000599009			8 - Va	alidade da Carteira		- Atendimento <b>N</b>	de KIN				
50 - Nome Social											
50 - Norme Social											
10 - Nome											
DENER ALEXANDE	RE CAN	MARGO									
	Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			13 - Nome do 0	Contratado ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A I TDA					
14 - Nome do Profissiona		nte	O.M.O.K. E.			selho Profissio	nal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE O			<u> </u>		06		- 11	17905		41	225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solici	itado / Dados	da Internação		<u> </u>						
19 - Código na Operador		- 11	•	tal / Local Solicitado					1	• .	ara Internação
10.246.214/0001-04				OPEDIA ESPE					<u> </u>	2024 00:0	
22 - Caráter do Atendiment	to    23 -	Tipo de Interna	ıção   24 - Regir	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre\	visão de uso de OP <b>S</b>	ME    27 - F	Previsão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				•	<u> </u>						N
29 - CID 10 Principal (operation of the control of	ŕ	30 - CID 10(2		31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CIE	0 10(4) (opcion	al) 3	i3 - Indicação de A	•	cidente ou d <b>9</b>	oença relacionada)
34 - Tabela 35 - Códi			36 - Descrição	)					37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307330	30		•	LASTIA (COM R	REMOCAO DE	CORPOS LI	VRES)	- PROCEDIME			1
2- 22 307330				RUCAO, RETEN							1
3- 22 307312 4- 18 600008				SICAO DE MAIS QUARTO COL					1 0 1		1
5- 18 600241				AXA DE APAR							1
6-									_    _    _    _		
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada											
Jos - Data provaver da Ad	ooa0 110	σομιιαίαι    40 	- Qide Diarias Au <b>1</b>	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	- Tipo de Acomoda	iyao autonzada	1				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Có							44 - Código CNES				
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/04/2024 / Empresa / Titular: UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
Data da Sullutação		- MSSIII	atara ao 1 10115510	niai oonolaille   '	no - mooniatura uu	Dononoidilo Ol	, respuii	104 VC1   49 - ASS	a.u.a u0	r coporisav	oi poia Autorização



Unimed A

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

·	3 - Número da Guia Referencia	da	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	69			94862831	22/04/2024 17:43	9486	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29	9 - Nome Social					
0252709000599009							
8 - Nome							
DENER ALEXANDRE	CAMARGO						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO RETEN	ICIONAMENTO OU REFORC	O DO LIGAMENTO					
	CIONAMENTO OU REFORCO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l	Material 15 - Des	scrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autorizada 3	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00597007	PARAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_  2	,
80044680085	04444		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			1 4	
2- <b>00                                   </b>	CANUI		NO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>	_  ,	_  1	,
3- <b>00</b>	CANE		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1	
80743230025	CANE		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u></u>     - - - - - - - - - - -	_  '	
4-						1 1 1 1 1	_ ,
	 					_,	1
5-   _				_	_	_	,
_ _ _					_ _ _ _	_ _	
6-   _					_	_	,
	_ _ _						
24 - Especificação do Material							
05. 01							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		/2024 / Empresa / Titular:	UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS COOPERATIV	/A DE TRABALHO M	EDICO		
( / -							
	1						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profis	sional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		
	II.						