

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93419646

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia /	Atribuído pela Opera	adora								
343269 93419646						646					
4 - Data da Autorização 06/12/2023 17:	5 - Senha	93419646	6 - Data de Valid	ade da Senha 04/02/2024							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000040152483 10/09/2024					N						
50 - Nome Social											
10 - Nome FRANCISLENE SABAI	NI RAMOS S	ALMEN									
Dados do Contratado Solic	itante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C	Contratado ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	licitante			15 - Cons	elho Profissiona	al 16 - Nún	nero do Conse	elho 17 - L	IF 18 - Código CBO		
GUILHERME JOSE MI	YASAKI PIOV	/ESANA		06		30165		41	225270		
Dados do Hospital / Local S		·									
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	11	20 - Nome do Hospi JNIORT E ORT			DA		11	1 - Data sugerio 5/12/2023 0	da para Internação 0:00		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	rnação 24 - Regir	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diárias 2	Solicitadas 2	6 - Previsão de u	uso de OPME	27 - Previsão	de uso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MENSICO				•				•			
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)					10(4) (opcional)) 33 - Indica	ação de Acide	ente (acidente d	ou doença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados									
34 - Tabela 35 - Código d	o Procedimento	36 - Descrição			DDGGEDIM		4.D.T.D.O.O.O.	37 - Qtde.	_		
1- 22 30733065 2- 22 30733030			U SUTURA DE I LASTIA (COM R						1		
3- 98 08011081			OSCOPIA DE JO				,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	1	1		
4- 18 60000805		DIARIA DE	QUARTO COLI	ETIVO DE 2 LE	TOS COM B	ANHEIRO PI	RIVATIVO	1	1		
5- 18 60024151		ALUGUELT	AXA DE APARI	ELHO / EQUIPA	MENTO PAR	RA ARTROS	COPIA PAF	R 1	. 1		
6-	_							_			
8-	_!!! _							-	·		
9-	_,, _							_			
10-	_							_ _ _ _	.		
11- 12- 12-	_							_ _ _ _	.l		
Dados da autorização	_							_	-1 111		
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	10 - Qtde Diárias Au	torizadas 41 -	· Tipo de Acomoda	ção autorizada	1					
		2	1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES								11 -			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/12/2023 / Empresa / Titular: MASSAD TEIXEIRA SALMEN 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 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	93419646	i - Senha	93419646	5 - Data da Autorização 06/12/2023 17:47	6 - Número da Guia atribuíd	o pela Operadora 93419646
		93419646		93419040	06/12/2023 17:47		93419646
Dados do Beneficiário	1						
7 - Número da Carteira 29 - Nome Soci		29 - Nome Social					
005000040152483							
8 - Nome							
FRANCISLENE SABAII	II RAMOS SALMEN						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	I - E-mail		
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MENSICO N RUPTURA DO MENSICO N							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	Local Control		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 100066879		22 - Referência do material	I NO TADRICANTE RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	
81288540024	CAI		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	_ '	_ _ , _
2- 00 00116700	CAI		ED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1	
80743230025	0 7.11		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-I ·	1111'111
3-						_	_ ,
					 _	 _	
4-					_ _ _ , _	_	,
				_ _ _ _	_	_ _	
5- _	_ _ _				_	_	_,
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_	
6- _	-				_	-	,
					_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 06/	12/2023 / Empresa / Titular: MA	ASSAD TEIXEIRA SALMEN				
(1-)-							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
-					•		