

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91828883

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269						91828	883				
4 - Data da Autorização		5 - Senha	91828883	6 - Data de Valid	lade da Senha 09/09/2023						
11/07/2023 13:30 91828883 09/09/2023 Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000039955624 29/06/2025						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
LORENA NUNES	TABORI	DA SOARES	5								
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-0			1	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	LTDA					
14 - Nome do Profissio					t t	elho Profission	11	6 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE					06		1	7905		41	225270
Dados do Hospital / L			,					1,			
19 - Código na Operad 10.246.214/0001-0		- 11	•	tal / Local Solicitado OPEDIA ESPE		'DA				i sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimo	2 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação		ção 24 - Regin	24 - Regime de Internação 25 - 0		11		revisão de uso de OPME 27 - I		Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1						IN .
29 - CID 10 Principal (c	pcional)	30 - CID 10(2	?) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opciona	al) 33	3 - Indicação de Ac	,	cidente ou d	oença relacionada)
Procedimentos ou Ite	ns Assiste	enciais Solicita	ıdos								
34 - Tabela 35 - Có		ocedimento	36 - Descrição							- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733 2- 22 30733				LASTIA (COM R DADE FEMORO							1
3- 22 30731				SICAO DE MAIS	•			•	-' ' 1		1
4- 18 60000	805		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM E	BANHEI	IRO PRIVATIVO) 1		1
5- 18 60024	151		ALUGUELT	AXA DE APARI	ELHO / EQUIPA	MENTO PA	RA AR	TROSCOPIA P	AR 1		1
6- _ 7-		_							_	_	_
	! 	-lll 							 	-11 	
9-	 										 _
10-									_	_	
11-	_ _ 	_							_	_	_ _
Dadas da sutarizaçã	·	-								-	<u> </u>
Dados da autorização 39 - Data provável da A		ospitalar 40	- Qtde Diárias Au	torizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	cão autorizada	7				
Jos Baia provide da /		Johnala: 110	1	1		,uo auto <u>2</u>					
							44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/07/2023 / Empresa / Titular: C & M PROCESSAMENTO DE DADOS LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
Data da SullutaÇa	•	+1 - Maaiii	atara ao 1 10115510	na concitante 2	ro - rosiliatula u0	SOLICITOIALIO OU	respons	~ ~ ~ ~ ASSII	iatura UU	, coponsav	oi poia Autorização



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

Unimed A

	3 - Número da Guia Referei	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pe		
343269		91828883		91828883	11/07/2023 13:30		91828883
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000039955624							
8 - Nome							
LORENA NUNES TAB	ORDA SOARES						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	I - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A INDICAÇÃO CLÍNICA EM A							
INDICAÇÃO CLINICA EM /	ANEXU						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l		- Descrição	Colore following		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4	
1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORME			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	II		_ 1	_ _ , _
			PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 20			1	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL		-	-1 '	
			REABSORVIVEL GENTLE THREAD			1	,
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL			_ı ·	1
4- 78890896	AN	CORA FLEXIVEL COM AP	LICADOR DESCARTAVEL - 0114022-	325 - A 2		2	_ _ ,
80083650087			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	•——•		_	
5-					_	_	_ _ , _
			<u> </u>	_ _ _ _		_ _	
6- _	_ _ _				_	_	,
			 _ _ _ _ 		_ _ _	_ _	
24 - Especificação do Materia	ı						
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 11	/07/2023 / Empresa / Titular: (C & M PROCESSAMENTO DE DADOS L	TDA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização		
20 - Dala da Oliicilação	21 - Assiliatura do P	onssional Solicitatile		Zo - Assinatura do	ncopulisavel pela Autulização		