

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94364915

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269			,,			9436	4915				
4 - Data da Autorização	14-00	5 - Senha	04204045	6 - Data de Valid							
11/03/2024	14:28		94364915		10/05/2024	·]					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000061250298			11	4/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
MARJORY CALEFE											
Dados do Contratado So 12 - Código na Operadora		1	13 - Nome do C	Contratado							
10.246.214/0001-04			ł	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitant	te			15 - Cor	selho Profissi	onal	16 - Número do Co	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OL	.IVEIR <i>A</i>	A QUEIROZ	!		06 179			17905		41	225270
Dados do Hospital / Loc			-								
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ	- 11	•	al / Local Solicitado OPEDIA ESPE		rn A			1		ara Internação
22 - Caráter do Atendimento	.][22 :	Tipo de Interna			25 - Qtde. Diária		20 Dec	evisão de uso de OPI	<u>L</u>	2024 00:0	
22 - Carater do Atendimento) 23-	C C	çao 24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Qide. Diana	s Solicitadas	20 - PIE	S	VIE 27 - 1	Previsão de i	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (opci	onal)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	0 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	•	cidente ou c 9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens			dos								
34 - Tabela 35 - Códig		cedimento	36 - Descrição		IIM MENISCO	PROCEDI	MENIT	VIDEOARTRO		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 3073304	1- 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM 2- 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ES										1
3- 22 3073307	3		RECONSTR	UCAO, RETEN	CIONAMENTO	OU REFO	RCO D	O LIGAMENTO	CR 1		1
4- 22 3073121				ICAO DE MAIS					1		1
5- 18 6000080 6- 18 6002415								EIRO PRIVATIV RTROSCOPIA F			1
7- _	.		ALUGULLI		LLIIO / LQOII	AINILITIO I		KTROOOOT IA I	L		·
8-										_iii	i_i_i_i
9-	_ _	_ _ _							_	_ _	_ _ _
10- _ 11- _	-									_	
12-		ll							- -	-111 -111	 -
Dados da autorização									•		
39 - Data provável da Adm	nissão ho	spitalar 40	· Qtde Diárias Aut	torizadas 41 -	- Tipo de Acomod	ıção autorizad	la				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECI.						A LTDA					44 - Código CNES 6528104
UNIOR E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LIDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/03/2024 / Empresa / Titular: RAFAEL DE OLIVEIRA FERRAZ											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário c	u Respo	nsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 94364915	4 - Senha	94364915	5 - Data da Autorização 11/03/2024 14:28	6 - Número da Guia a	ribuído pela Operadora 94364915
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000061250298							
8 - Nome							
MARJORY CALEFE FE							
Dados do Profissional Solid							
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
	DELHO SEM MELHORA CI ELHO SEM MELHORA CLI						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autoria	zada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00499293	CAI		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_ 2	_ , ,	_ 2	,
80356130052 2- 00	CAL		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ _ _ 		1	
80743230025	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		- ·	_ '	,
3- 00 70627657	PI A		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA		 	_ 1	,
10208610040	,		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		" - 	_ı ·	1-1-1-171-1-1
4- 00 00597007	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1	_ _ , _
80044680085		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _			111/11
5- _	_ _ _				_ _ _ , _	_	,
_ _ _	_ _ _ _				_ _ _ _	_ _	
6- _	_ _ _			_ _	_ _ _ , _	_	,
				_ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43):		03/2024 / Empresa / Titular	RAFAEL DE OLIVEIRA FERRAZ				
reference Contratado. (43)	JOI 2 0300 / Ellillido elli 11/	00/2024/ Empresa/ Hulai.	MANUE DE VEIVEINATENNAZ				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		