

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90888682

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia At	ribuído pela Opera	dora						
343269					888682				
4 - Data da Autorização 18/04/2023 11:06 5 - Senha 90888682 6 - Data de V				Senha (06/2023					
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		11	lidade da Carteira	9 - Atendimen					
0050000003763458		19/09	0/2023		N				
50 - Nome Social									
10 - Nome LEONI RIBEIRO PERE	IRA								
Dados do Contratado Solici	tante								
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Co	ontratado						
10.246.214/0001-04		UNIORT E O	RTOPEDIA ESPECI	ALIZADA LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS				15 - Conselho Profissional 16 - Número (22343		16 - Número do Co 22343	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dados	da Internação							
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	11		al / Local Solicitado	ZADA LTDA			21 - Data		ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interna	acão 24 - Regim	e de Internação 25 - C	tde. Diárias Solicitadas	26 - Prev	risão de uso de OPI	ME 27 - Pr	evisão de ι	iso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С		1	1		S			N
29 - CID 10 Principal (opciona	I) 30 - CID 10(2) (assigned) 2	4. CID 40(2) (angional)	22. CID 40(4) (apa)	ional) [2	2. Indianas da A	sidosto (coi	donto ou d	anno ralogios ado
29 - Cib To Pfincipal (opciona	30 - CID 10(2	z) (opcional)	1 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opci	lonai) 3	3 - Indicação de A	g		oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As									-
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30731224 2- 22 30729181 3- 22 30729203 4- 18 60000384 5- 18 60000805 6-	Procedimento	HALLUX VA OSTEOTOM DIARIA DE A DIARIA DE	ICAO UNICA DE TEN LGUS (UM PE) - TRA IA OU PSEUDARTRO ACOMPANHANTE CO QUARTO COLETIVO	TAMENTO CIRUR OSE DOS METATA OM REFEICAO CO DE 2 LEITOS COI	ARSOS/FA MPLETA M BANHE	EIRO PRIVATIV	2 2 AT 8 1		2
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 40	- Qtde Diárias Auto	orizadas 41 - Tipo de	Acomodação autoriza	ada				
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	ospital / Local Autorizado	ALIZADA LTDA				- 11	44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 46 - Data da Solicitação	3372-0900 / Emitid		3 / Empresa / Titular: MA			akiral 140 t			al polo Antonio "



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 Referenciada 90888682		4 - Senha	5 - Data da Autorização 18/04/2023 11:06	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
		9000002		90888682	16/04/2023 11.00		90888682			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 0050000003763458		29 - Nome Social								
8 - Nome LEONI RIBEIRO PEREIF										
Dados do Profissional Solicit	ante									
9 - Nome do profissional solicita	inte		10 - Telefone	1	11 - E-mail					
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica PEDIDO MÉDICO EM ANEX PEDIDO MÉDICO EM ANEX		OS CHANFRADOS + 01 BR	OCA SHANON + 04 PARAFUSOS ANTHARES: AR	RTHROM / 02 FIOS DI	E KIRSCHNER: HOSPITAL.					
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 00 75607298 81118460005		RAFUSOS DE COMPRESS	SAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	4 _ _ _ _		_ 4	_ ,			
2- 00 70437653 10314800053		ARTHROM COMERC	VEIS, CANULADOS, PARA PEQUENOS E G CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 4 _ _ _	_ _ _ ₋ - - - - - - - - - - - - -	_ 4	_ _ , _			
3- 00 00193178	FIO	KIRSCHNER 0,8X300MM	40012300080	2	_ _ ,	_ 2	,			
10223680050 4-						_				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33			MARCOS JOSE VIEIRA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					