

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92304532

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	dora			92304	4532				
4 - Data da Autorização	5 - Senh	na		6 - Data de Vali	idade da S	Senha						
23/08/2023 1	5:39	92	2304532		22/	10/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000035007373			t i	6/2024	1	9-	N	ue KN				
50 - Nome Social												
10 - Nome ELVIS DA ROCHA PAZ DE LIRA												
Dados do Contratado So 12 - Código na Operadora	licitante	12 -	Nome do C	ontratado								
10.246.214/0001-04		11		RTOPEDIA E	SPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitante					15 - Cons	elho Profissio	nal 1	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS I						06			18734		41	225270
Dados do Hospital / Loca 19 - Código na Operadora				al / Local Solicitad	40					21 Dote	o cugorido e	para Internação
10.246.214/0001-04	CNFJ	11		OPEDIA ESPE		ADA LT	DA			11	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qt	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Prev	isão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		1			S			N
28 - Indicação Clínica LESAO OSTEOCONDRAL JOELHO ESQUERDO												
29 - CID 10 Principal (opcid	nal) 30 - CIC	0 10(2) (opci	ional) 3	1 - CID 10(3) (op:	cional)	32 - CID	10(4) (opcion	al) 3:	3 - Indicação de A	Acidente (a	cidente ou	doença relacionada)
									-		9	
Procedimentos ou Itens												
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733049 2- 98 0801108 3- 18 6002415 4-		OS PC	T ARTRO	DROPLASTIA ISCOPIA DE J AXA DE APAR	IOELHO /	UNIORT	E - ENF MENTO PA	ARA AR	TROSCOPIA	A# 1 1	- Qtde. So	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
39 - Data provável da Adm	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	а				
		<u> </u>	1	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 6528104												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/08/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47 - /	Assinatura d	o Profission	nai Solicitante	48 - Assir	natura do E	eneticiário ou	ı Kespons	savel 49 - Ass	sinatura do	Responsá	rei pela Autorização



Unimed A

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

· II	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído				
343269	92304532		92304532	23/08/2023 15:39		92304532			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0050000035007373									
8 - Nome									
ELVIS DA ROCHA PAZ	DE LIRA								
Dados do Profissional Solici									
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	- E-mail					
MARCUS VINICIUS DA	NELI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica LESAO OSTEOCONDRAL , LESAO OSTEOCONDRAL ,	IOELHO ESQUERDO IOELHO ESQUERDO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	0 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 00 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1		_ 1	_ ,			
2- 00 90299639		D LIOF + 2 FA DIL X 2 ML + SIST REC E APLI			_ 1				
1068301820036		MEDICO HOSPITALARES LTDA	<u> </u>		_ '				
3- 74659430	CHONDRO GIDE - CHONDRO		1		_ 1				
80696930011	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-				
4- _				_	_	,			
				_	_ _				
5-				_	_ _	_ ,			
				_ _ _ _	_				
6- _ _ 				_	_	,			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/08/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					