

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90523956

(Via HOSPITAL)

								_			
1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Op	eradora			90523956	6			
4 - Data da Autorização 17/03/202		5 - Senha	9052395	6 - Data de Va		Senha /05/2023					
Dados do Beneficiári								<u> </u>			
7 - Número da Carteira			11	Validade da Carteir	ra	9 - Ate	ndimento de R	N			
970003800004231	12			/02/2024			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome OTONILDO APOSTOLO BARRETO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operad			13 - Nome de								
10.246.214/0001-0			UNIORT	ORTOPEDIA	ESPECI						
14 - Nome do Profissio ALEXANDRE DE			<u> </u>			15 - Conselho 06	Profissional	16 - Número do 0	Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / L	ocal Solicit	tado / Dados	da Internação)							
19 - Código na Operad		11		spital / Local Solicita RTOPEDIA ESP		ZADA LTDA			11	sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimo	ento 23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Re	gime de Internação	25 - C	tde. Diárias Sol	citadas 26 -	Previsão de uso de O	PME 27 - F	Previsão de i	uso de Quimioterápico
1		С		1		1		s			N
29 - CID 10 Principal (c	opcional)	30 - CID 10(2	r) (opcional)	31 - CID 10(3) (o _l	pcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de	,	sidente ou d 9	oença relacionada)
Procedimentos ou Ite	ens Assister	nciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Cd 1- 22 30733 2- 22 30733 3- 98 08011 4- 18 600024 6- 7- 8- 10- 11- Dados da autorizaçã	6049 1081 10384 1151 	Cedimento	OSTEOC PCT ART DIARIA D	OU SUTURA DI ONDROPLASTI ROSCOPIA DE E ACOMPANHA	A - ESTA JOELHO ANTE CO	ABILIZACAO D UNIORTE : DM REFEIC <i>I</i>	, RESSECC ENF O COMPLE	TO VIDEOARTREAO E/OU PLAST	OSC 1 IA # 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
39 - Data provável da A		spitalar 40	- Qtde Diárias	Autorizadas 4	1 - Tipo de	e Acomodação	autorizada				
			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 17/03/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PA ULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS 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	0	47 - Assina	atura do Profis	sional Solicitante	48 - Ass	ınatura do Ben	eticiario ou Res	sponsavel 49 - As	sınatura do	kesponsáv	ei pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 9700038000042312 29 - Nome Social					1		
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 9700038000042312 8 - Nome OTONILDO APOSTOLO BARRETO Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO	- 11		11		11 1	6 - Número da Guia atribui	· ·
7 - Número da Carteira 9700038000042312 8 - Nome OTONILDO APOSTOLO BARRETO Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO		90523	156	90523956	17/03/2023 12:10		90523956
8 - Nome OTONILDO APOSTOLO BARRETO Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO							
8 - Nome OTONILDO APOSTOLO BARRETO Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO		29 - Nome Social					
Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO	700038000042312						
Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO	- Nome						
9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO	OTONILDO APOSTOLO BA	ARRETO					
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO	Dados do Profissional Solicitant	е					
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO	- Nome do profissional solicitante		10 - Telefone	1.	1 - E-mail		
12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO	ALEXANDRE DE OLIVEIRA	A QUEIROZ					
INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO	Dados da cirurgia						
	NDICAÇAO CLINICA EM ANEX NDICAÇAO CLINICA EM ANEX	(O					
OPME Solicitadas	OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autor						itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento	=				de Funcionamento		
				II		_ 1	_ _ , _
80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				A			
2- 00				<u> </u>		_l '	- - -
3-		I I I I I	TERGIO DE IMPERIO ESORTOPEDICOSETOR	^ _ _ _ _	_ _ _	1 1 1 1 1	1 1 1 1 11 1 1
						-I	I
							_ _ ,
		- 				_,	1
5-	6- _				_		_ ,
6-	;-			_ _ _	_	_	,
					_ _ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material	4 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa		0000 / F - 111 47/00/0000 /ALTOSTAS	OCHEODIAE LINIMED DE ODIOEM (E	T: 1	0 DE 040 DALII O 00NESSES :	040 5074 51141 6005	EDATIVA O MEDIOA O
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/03/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS							
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		