

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90894635

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269			,,,			90894	4635				
4 - Data da Autorização	45.00	5 - Senha	22224225	6 - Data de Valid							
18/04/2023			90894635		17/06/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
7 - Numero da Carteira											
50 - Nome Social											
SO TRAIN SOCIAL											
10 - Nome											
SOEDER JUNIOR	CHAVE	S									
Dados do Contratado		e	12 Nome de C	'antrota da							
12 - Código na Operado			13 - Nome do C	ONTOPEDIA ES	SPECIALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profission		nte				elho Profissio	nal 1	6 - Número do Cor	selho	17 - UF	18 - Código CBO
DANIEL FERREIR	A FERN	ANDES VIE	IRA		06	06 19475		9475		41	225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado		11		al / Local Solicitado				- 11		• .	ara Internação
10.246.214/0001-0				OPEDIA ESPE						023 00:0	
22 - Caráter do Atendime	nto 23 -	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Previ	são de uso de OPM S	E 27 - F	revisão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				<u>'</u>							N
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	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	loença relacionada)
Procedimentos ou Iter			dos								
34 - Tabela 35 - Cóo		ocedimento	36 - Descrição		CEDIMENTO VI	DECARTRO	SCOBI	CO DE OMBBO		- Qtde. Soli	_
1- 22 307350 2- 22 307350				LASTIA - PROC DO MANGUITO							1
3- 22 307350				O LATERAL D							1
4- 22 307350				A DA PORCAO							1
5- 18 600008 6- 18 60024				QUARTO COL AXA DE APARI							2
6- 18 60024			ALUGUELIA	AAA DE AFANI	ELHO / EQUIF A	INICIVIO	ANA AN	I KOSCOPIA P	۱ ۸۲۰ ا	111	_ i , , , ,
8-									_		iii
9-	_ _ _								_	_ _	_ _ _
10- 11-	_ _ _								_	-	
12-	 								_	-!! -	 _
Dados da autorização											
39 - Data provável da A		ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut	torizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIAL						\ LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/04/2023 / Empresa / Titular: MARIA APARECIDA BURQUE CHAVES											
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissio	nai Solicitante	+o - Assinatura do l	seneticiario ou	ı Kespons	avei 49 - Assin	atura do l	kesponsáv	ei peia Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	nciada 90894635	4 - Senha	90894635	5 - Data da Autorização 18/04/2023 15:39	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9089463			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000005871380									
8 - Nome		<u> </u>							
SOEDER JUNIOR CHA	VES								
Dados do Profissional Solic	itante								
9 - Nome do profissional solici	tante		- E-mail						
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater	rial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 71502718	AN		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	3	_ ,	_ 3	,		
80044680086		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	_ _ _ _				
2- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	2	_ ,	_ 2	,		
80777280006		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	_ _ _ _				
3- 00 00116700	CAI	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	_ 1	,		
80743230025		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	_ _ _ _				
4- 00 70917540	CAI		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	1	_ ,	_ 1	,		
80777280003		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	_ _ _ _				
5- 00 00596221	GU		SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ ,		
80743230002		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
6-	_ _ _				_	_	_ ,		
24 - Especificação do Material		IIIIII		I—I—I—I—I—I					
21 Zopodinouguo do majorial									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/04/2023 / Empresa / Titular: MARIA APARECIDA BURQUE CHAVES									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
	11			11	,				