

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94890366

(Via HOSPITAL)

1 0	Atribuído pela Opera	dora										
343269				9489036	6							
4 - Data da Autorização	94890366	6 - Data de Valida	23/06/2024									
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira	8 - Va	lidade da Carteira	9 -	Atendimento de F	RN							
0050000035252726	13/1	1/2024		N								
50 - Nome Social												
10 - Nome BRUNO DA CRUZ BREDA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora	13 - Nome do C	ontratado										
10.246.214/0001-04	UNIORT E O	RTOPEDIA ES	PECIALIZADA	LTDA								
14 - Nome do Profissional Solicitante			15 - Conse	elho Profissional	16 - Número do Co	onselho 17 - UF	18 - Código CBO					
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIR	OZ		06		17905	41	225270					
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dad	los da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospita	al / Local Solicitado				21 - Data sugerida	•					
10.246.214/0001-04	UNIORT E ORTO	OPEDIA ESPEC	IALIZADA LT	DA		27/04/2024 00:	4/2024 00:00					
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Int	ernação 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26 -	Previsão de uso de OPN	ME 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico					
1 C		1	1		S		N					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID	10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opcio	onal) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acidente ou	doenca relacionada)					
20 0.2 To Timospa. (oposonal)	(0)	. 0.2 .0(0) (000.0		. o(.) (opolo.ia.)	oo masayaa aa / c	9	aconya roladionada)					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Soli	citados											
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento	36 - Descrição					37 - Qtde. So	lic. 38 - Qtde. Aut.					
1- 22 30726190		SAMENTARES F	PERIFERICAS (CRONICAS - T	RATAMENTO CIR		1					
2- 22 30733065	REPARO O	J SUTURA DE U	JM MENISCO -	PROCEDIMEN	ITO VIDEOARTRO	SC 1	1					
3- 22 30733049				,	AO E/OU PLASTI		1					
4- 22 30733073		•			DO LIGAMENTO		1					
5- 22 30731216 6- 18 60000805		ICAO DE MAIS I	_		NHEIRO PRIVATIV	1 O 1	1 1					
7- 18 60024151					ARTROSCOPIA P		1					
8-	l											
9-	I						_					
10- _	l						_					
11- _	l					_						
12-							_					
	Dados da autorização											
Dados da autorização			T' I . A I	ão autorizado								
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Aut	11	Tipo de Acomodaç	ao autorizada								
39 - Data provável da Admissão hospitalar	1	1		ao autorizada			44.075.0050					
	43 - Nome do H	11	izado				44 - Código CNES 6528104					
39 - Data provável da Admissão hospitalar 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 45 - Observação / Justificativa	43 - Nome do H UNIORT E O	ospital / Local Autor	izado PECIALIZADA	LTDA			<u> </u>					
39 - Data provável da Admissão hospitalar 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	43 - Nome do H UNIORT E O	ospital / Local Autor	izado PECIALIZADA	LTDA	MBUSTIVEIS LTDA		<u> </u>					
39 - Data provável da Admissão hospitalar 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 45 - Observação / Justificativa	43 - Nome do H UNIORT E O	ospital / Local Autor	izado PECIALIZADA	LTDA	MBUSTIVEIS LTDA		I -					
39 - Data provável da Admissão hospitalar 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 45 - Observação / Justificativa	43 - Nome do H UNIORT E O	ospital / Local Autor	izado PECIALIZADA	LTDA	MBUSTIVEIS LTDA		<u> </u>					



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		0.400000	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atr	· · ·		
343269		94890366			94890366	24/04/2024 14:18		94890366		
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000035252726		29 - Nome Social								
8 - Nome BRUNO DA CRUZ BRE	DA									
Dados do Profissional Solici										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone					11 - E-mail					
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETEN RECONSTRUCAO RETENO										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autoriza	ada 20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 00499293			O OB F 2,9X5,5MM 892350	000	<u> </u> 2	_ _ ,	_ 2	,		
80356130052		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOP	PEDICOSLTDA						
2- 00 70627657	PLA	PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA			<u> _</u> 1	_ _ _ ,	_ 1	,		
10208610040	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			PEDICOSLTDA						
3- 00 00597007					<u> </u> 1	_ _ ,	_ 1	,		
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOP							
4- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CA		<u> </u>		_ 1	,		
80743230025	ANI		CIO DE IMPLANTESORTOP							
5- 00 71699104 10208610066	ANC		PEDICA ANCORTEC - 103. CIO DE IMPLANTESORTOP		_ 2 		_ 2	-		
6-		ARTIMOM COMER	DIO DE IMII EARTEOORTOI	LDIOGOLIDA	-		_	,		
	- -					_	-ı ı—ı—ı—ı _ll	I—I—I—I"I—I—I		
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: BREDA COMERCIO DE COMBUSTIVEIS LTDA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				